

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DE L'APHASIE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 7 décembre 1887, à 3 heures du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Geoffroy-Louis-Émile HECHT

De Strashourg (Bas-Rhin)

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}

11, RUE JEAN-LAMOUR, 11

—
1887

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DE L'APHASIE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 7 décembre 1887, à 3 heures du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Geoffroy-Louis-Émile HECHT

De Strasbourg (Bas-Rhin)

NANCY
IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^e
11, RUE JEAN-LAMOUR, 11

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen, M. TOURDES O*.

Doyen honoraire, M. STOLTZ C*.

**Professeurs honoraires, MM. STOLTZ C*, V. PARISOT*, HERRGOTT*,
ROUSSEL*, DEMANGE*, BÉCHET.**

Médecine légale	M. TOURDES O*, profess.
Thérapeutique.	M. COZE*, professeur.
Pathologie génér. et Pathologie interne.	M. HECHT*, professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS*, profess.
Anatomie et Physiologie pathologiques.	M. FELTZ*, professeur.
Clinique interne	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.	M. GROSS, professeur.
Physique	M. CHARPENTIER, profess.
Anatomie descriptive	M. LALLEMENT, profess.
Hygiène	M. POINCARÉ*, profess.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, professeur.
Clinique externe.	M. HEYDENREICH, profess.
Pathologie externe.	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	M. N..., professeur.
Histologie.	M. N..., professeur.
Clinique interne	M. SPILLMANN, profess.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, profess. M. E. PARISOT, prof. adj.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SCHMITT.	MM. MACÉ.	MM. VAUTRIN.
ROHMER.	GUÉRIN.	SIMON.
BARABAN.	RENÉ.	REMY.
BAGNÉRIS.	NICOLAS.	P. PARISOT.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. BERNHEIM, Président ; MM. SPILLMANN, SIMON, P. PARISOT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BERNHEIM

A MES MAÎTRES

De la Faculté de Médecine de Nancy.

INTRODUCTION

Parmi les nombreux symptômes que déterminent les maladies du cerveau, il n'en est peut-être pas qui intéressent davantage le médecin et frappent plus ceux qui entourent le malade, que certains troubles de la parole. Les uns sont dus à des lésions organiques dont le siège peut être facilement localisé, ce sont les mieux connus. Il en est d'autres, d'un ordre plus élevé, que l'anatomie et la physiologie semblent avoir été impuissantes jusqu'ici à expliquer d'une manière complète, sinon quant à leurs causes, du moins quant à leur enchaînement pathogénique, et pour lesquels on a essayé de recourir aux données de la psychologie; telles sont certaines formes de l'aphasie.

L'aphasie, telle qu'elle est comprise de nos jours, est la perte plus ou moins complète pour l'homme de la faculté d'exprimer sa pensée, quand cette perte est due à des troubles d'origine cérébrale.

Cette définition, comme beaucoup d'autres, ne satisfait peut-être pas toutes les exigences; elle laisse pressentir, du moins, combien est vaste le domaine de l'aphasie. Les nombreux faits cliniques qu'elle embrasse ne pourront être bien élucidés, que lorsque, sans négliger les vues d'ensemble, on aura étudié séparément les causes multiples qui peuvent provoquer l'aphasie.

Si nous avons cru pouvoir contribuer, pour notre faible part, à l'étude non pas de l'aphasie en général, mais d'un de

ses modes de production, nous voulons parler de la cécité des mots et des choses, c'est que, dans le cours de nos études cliniques, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Bernheim, plusieurs malades atteints de cette variété d'aphasie. Nous ne prétendons pas avoir eu sous les yeux toutes les variétés possibles d'aphasie par cécité des mots et des choses ; car si l'on peut dire qu'en médecine on ne rencontre guère de cas qui soit absolument identique à d'autres, cela n'est jamais plus vrai que lorsqu'il s'agit des troubles de la parole, qui s'enchevêtrent presque toujours de la façon la plus complexe. Tout au moins, aurons-nous l'avantage, dans le cours de cette étude, d'avoir présents à l'esprit quelques cas particuliers. Espérons qu'ils nous permettront de dégager plus facilement de l'obscurité relative où ils se trouvent, les cas analogues épars dans la littérature médicale.

Les difficultés que nous aurons à vaincre résultent de la situation des malades, qui, par le fait même des symptômes dont ils sont affectés, sont parfois incapables de répondre. Chez certains, l'examen clinique, toujours difficile, devient impossible, ou si ingrat que l'on hésite et qu'on en vient à se demander si ce n'est pas un dément plutôt qu'un aphasique que l'on a devant les yeux.

Le plus souvent, d'autre part, au lieu d'être dissociées comme l'étude théorique les conçoit, plusieurs formes d'aphasie sont réunies à des degrés divers chez le même malade, de telle sorte qu'au lieu de pouvoir tenter une explication dans un sens, on est forcé de tenir compte de la part plus ou moins grande que les troubles secondaires prennent dans la production du trouble principal et des modifications souvent importantes qu'ils lui impriment.

Une autre difficulté résulte du point de vue auquel se sont placés les auteurs. Le caractère à la fois médical et psycho-

logique de l'aphasie a engagé la plupart d'entre eux à la décrire dans son ensemble, sans s'inquiéter de ce que d'autres en avaient dit, ni du point où ils en avaient laissé l'étude. Il en est résulté que des termes différents sont employés pour désigner le même trouble de la parole. Parmi ces termes, beaucoup peuvent, par leur sens étymologique, induire en erreur ceux qui abordent l'étude de l'aphasie. Ils font croire à des troubles très différents de ceux qu'ils doivent désigner, et quand ils sont pris dans le sens étroit que leur attribuaient les auteurs qui les ont employés, ils ne font qu'augmenter la perplexité de ceux qui cherchent à comprendre la question.

Certes, il serait bien présomptueux de notre part de prétendre fixer les termes qui devront désigner les différentes variétés d'aphasie; nous nous estimerons heureux si, par l'analyse et l'interprétation des faits cliniques, nous arrivons à mieux déterminer le sens qu'il convient d'attacher à certains d'entre eux et à faire voir combien sont peu appropriés d'autres termes dont l'emploi est usuel, bien que leur clarté ne soit qu'apparente.

Étendre le domaine des aphasies de réception, exposer les liens qui relient les lésions des mémoires visuelle, auditive, etc., aux variétés d'aphasie, justifier quelques modifications qui paraissent devoir être introduites dans la nomenclature des termes relatifs à l'aphasie, tel sera notre but.

Nous ne nous dissimulons pas les points faibles de notre travail, pour lequel nous demandons à nos juges de nous accorder toute leur indulgence.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer notre étude, de remercier M. le professeur Bernheim de la bienveillance qu'il nous a témoignée durant tout le cours de nos études, et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Pour ne pas nous mettre en contradiction, dans le cours de cette étude, avec notre désir d'être précis, qu'il nous soit permis de fixer le sens de deux termes.

Les auteurs ont désigné la perte de la mémoire de la signification des mots vus, par le terme de *cécité verbale*, et la perte de la mémoire de la signification des choses, par le terme de *cécité psychique*. Ces termes, nous serons obligé de les employer souvent dans le cours de la discussion; mais qu'il soit expressément entendu qu'ils correspondront toujours, pour nous, à celui plus général d'amnésie visuelle des mots et des choses.

Le terme de cécité psychique en particulier, nous le montrerons plus loin, sera compris par nous dans une acception toute différente.

Si nous n'avons pas substitué d'emblée le terme d'amnésie visuelle à ceux de cécité verbale et de cécité psychique, c'est que nous avons cru devoir le justifier au préalable, en discutant les termes des auteurs, et pour cela il nous faudra momentanément les conserver.

Voici le plan que nous avons suivi dans notre travail :

Après une esquisse historique de l'Aphasie, nous consacrerons un I^{er} chapitre à l'exposé de la formation des idées, du langage, de la mémoire et de ses types.

Dans un II^e chapitre, nous étudierons l'Aphasie en général et ses variétés.

Les rapports de l'Aphasie et des cécités seront exposés dans le III^e chapitre.

Le IV^e chapitre sera consacré à l'étude de l'Amnésie visuelle.

Nous réserverons quelques pages à ce que nous croyons devoir décrire sous les noms d'amnésie et de cécité psychique et nous terminerons par quelques conclusions.

HISTORIQUE

L'histoire complète de l'Aphasie a déjà été maintes fois exposée, aussi nous bornerons-nous à en rappeler les principaux éléments, en n'insistant que sur les travaux récents et notamment sur ceux qui ont trait à l'aphasie due à ce que l'on a désigné sous le nom de cécité des mots et des choses.

Dans le cours de l'histoire, nous le verrons, la signification du terme aphasie s'est modifiée et tend à se spécialiser.

Au commencement du siècle, Gall¹, dans son essai de localisation des facultés intellectuelles, admet que le siège de la faculté du langage ou plutôt de la mémoire des mots, réside au-dessus des yeux, dans les lobes antérieurs du cerveau. En 1822, Hood cite, dans les *Phrenological Transactions*, un cas de troubles de la parole, dus à une lésion du lobe frontal gauche. Bouillaud² (1825), s'appuyant sur 114 observations, fait dépendre de la lésion des lobes antérieurs du cerveau, les troubles divers des mouvements coordonnés de la parole et de l'articulation des mots. En 1836, le Dr Dax, de Nîmes, présente au Congrès médical de Montpellier un mémoire intitulé : *Lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée*. C'est à lui que revient l'honneur d'avoir le premier découvert la prédominance des lésions de l'hémisphère gauche dans les troubles

1. Gall, *Anatomie et Physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*, 1819.

2. Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 281.

de la parole. Malgré son importance, ce travail passa inaperçu.

De 1861 à 1863, Broca publie une série de 16 observations avec autopsies, dans lesquelles l'aphasie coïncidait avec des lésions du tiers postérieur de la 3^e circonvolution frontale gauche. Se basant sur ces faits, Broca localise le siège de la parole articulée dans cette circonvolution qui, depuis, porte son nom. Au terme d'Aphasie, il préfère celui d'Aphémie qui, pour lui, désigne la perte de la faculté spéciale d'exprimer nos idées par la parole proprement dite, et non la perte de la faculté générale du langage. L'aphémique n'a perdu que la faculté d'articuler les mots ; il n'a pas perdu la mémoire des mots, puisqu'il peut exprimer sa pensée par l'écriture.

En 1864, Jaccoud¹ étudie l'aphasie qu'il appelle Alalie et lui reconnaît 5 formes principales : 1^o Alalie par paralysie de la langue ; 2^o par défaut de coordination ; 3^o par interruption de la transmission volontaire ; 4^o par hébétude ; 5^o par amnésie verbale. Nous n'avons rapporté cette classification que pour faire ressortir les modifications introduites depuis lors dans la division des formes de l'aphasie, et signaler l'alalie par amnésie verbale ; ce terme est en effet le premier indice de l'intervention de la psychologie dans l'étude de ses causes.

Trousseau², en 1865, cite un des premiers cas d'aphasie qui puisse être rapporté à ce qu'on désignera plus tard sous le nom de cécité des mots. D'autres auteurs, il est vrai, s'étaient occupés avant lui de la question, mais surtout au point de vue de la localisation des fonctions visuelles. Panizza, le premier, avait établi que toutes les circonvolutions postérieures du cerveau concourent à la fonction visuelle.

1. Jaccoud, *De l'Alalie et de ses diverses formes*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1864.

2. Trousseau, *Commun. à l'Acad. de médecine*, 1865.

Ses travaux furent repris par Hitzig (1874) qui admit qu'une lésion destructive du lobe occipital produisait la cécité du côté opposé, et par Ferrier (1879) qui, par de nombreuses recherches sur les animaux, fut amené à placer le centre visuel dans le pli courbe chez le singe et dans la deuxième circonvolution pariétale chez le chien.

Peu après Trousseau, Quaglino¹ (1868) publie une des premières observations se rapportant à la cécité psychique. Broadbent (1872), puis Westphal (1874) et bien d'autres rapportent des observations de cécité verbale. Remarquons ici que, tandis que les auteurs français ont surtout étudié les localisations motrices dans le cerveau, les auteurs allemands et anglais se sont plutôt préoccupés des localisations sensorielles et sensorielles.

En 1877, Kussmaul, dans un important ouvrage², donne la première description complète de la *cécité des mots* et consacre le nom qui est resté à ce trouble. Il en rapporte 4 cas remarquables qui sont souvent cités comme cas types. Rheinhardt (1878) observe chez un malade un trouble visuel du sens des couleurs, de la vision des reliefs. En 1879, Guéneau de Mussy publie une observation d'aphasie par cécité des mots, et Pick et Kahler étudient spécialement la variété d'*aphasie dite sensorielle*. Fürstner³ (1877 et 1878) aurait le premier attiré l'attention sur la cécité psychique et la cécité corticale dans la paralysie générale. Pendant ce temps, Munck arrivait à localiser d'une façon assez précise les différents centres sensoriels.

Dans sa thèse inspirée par M. Magnan, M^{lle} Skwortzoff⁴ a

1. Quaglino, *Ann. d'oculistique*, 1868.

2. Kussmaul, *Die Störungen der Sprache* (trad. par Rueff, 1881).

3. Fürstner, *Archiv für Psychiatrie*, Bd VIII, Heft 1, et Bd IX, Heft 1.

4. N. Skwortzoff, *De la Cécité et de la Surdité des mots dans l'aphasie*. Th. de Doct. Paris, 1881.

étudié la cécité et la surdité des mots dans l'aphasie. Elle traite la question d'une manière très complète, mais n'envisage que la cécité des mots comme cause d'aphasie, sans parler de la cécité psychique ; et pourtant, parmi les nombreuses observations qu'elle rapporte, figure une série de cas où le symptôme cécité psychique existe avec la plus grande netteté. Les théories de Munck, Wernicke et Kussmaul qui, en France, avaient trouvé leur défenseur en M^{lle} Skwortzoff, furent attaquées par Dreyfus-Brisac ¹, auquel ces idées nouvelles sur les aphasies sensorielles ne parurent pas suffisamment appuyées sur les expérimentations et les recherches cliniques. Wernicke ², en 1882, consacre quelques pages intéressantes à la cécité psychique et propose le terme d'Asymbolie pour désigner la perte de toutes les images commémoratives sensorielles.

C. Stinger ³, observant comme Fürstner dans un asile d'aliénés, constate comme lui la cécité psychique dans un certain nombre de cas de paralysie générale et en rapporte 5 observations.

En 1883, Charcot ⁴ publie un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets, formes et couleurs ; observation du plus haut intérêt, en raison de la haute culture intellectuelle du malade et de l'absence de complications dans les symptômes. Dans la même année, Magnan publie un cas type d'aphasie avec cécité des mots.

Dans un important travail, le premier qui ait paru en France sur cette question, Crouigneau ⁵ étudie la vision men-

1. Dreyfus-Brisac, *De la Cécité et de la Surdité verbale*. *Gaz. hebdomadaire*. 1881, n° 30, p. 477.

2. Wernicke, *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten*, 1882.

3. Stinger, *Archiv für Psychiatrie*, 1882.

4. Charcot, *Progrès médical*, 1883, n° 29, p. 568.

5. Crouigneau, *Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale*. Thèse de Paris, 1884.

tales au point de vue clinique et expérimental. Il distingue la vision mentale des signes, dont la perte constitue la cécité verbale, de la vision mentale des objets dont la perte constitue ce qu'il nomme cécité psychique. Il étudie de plus la cécité corticale.

Bernard¹ (1885), dans un intéressant travail sur l'aphasie et ses formes, réserve une large place à la cécité verbale, mais ne fait pas mention de la cécité psychique qu'il paraît méconnaître comme cause d'aphasie ; il relate 8 observations nouvelles.

Dans sa thèse d'agrégation, Ballet² (1886) traite du langage intérieur. Dans son chapitre consacré à la vision mentale, il admet, comme Crouigneau, les trois formes de cécité corticale, psychique et verbale, mais n'étudie que la dernière.

Nothnagel (1887) fait au congrès de médecine interne de Wiesbaden une communication sur les localisations cérébrales et parle à ce propos de la cécité psychique et de la cécité verbale, mais sans jeter un jour nouveau sur la question.

Tout récemment enfin, un auteur anglais, J. Ross³, a consacré une série d'articles à l'Aphasie ; les divisions nombreuses créées par l'auteur dans les aphasies de transmission, le terme d'Aphasie verbale qu'il laisse subsister à côté de ceux de cécité et de surdité psychique, permettent de penser qu'en Angleterre la question n'est pas encore suffisamment élucidée.

Au point de vue le plus général, l'histoire de l'Aphasie nous paraît pouvoir se diviser en trois grandes périodes.

1. Bernard, *De l'Aphasie et de ses diverses formes*. Th. d'agrég. Paris, 1885.

2. Ballet, *le Langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*. Th. d'agrég. Paris, 1886.

3. Ross, *On Aphasia*, 1887. Art. publ. in *Medical Chronicle anal.*, in *Sem. médic.*, 1887, p. 191.

Dans la première et la plus longue, qui s'étend depuis les origines de la médecine jusqu'aux premières années du siècle, l'aphasie est confondue avec les troubles de la parole les plus divers, quelles que soient leurs causes et leurs manifestations, qu'il s'agisse d'idiotisme, de paralysie générale, de ramollissement cérébral, etc. Les auteurs se contentent de constater les symptômes de l'aphasie, sans se préoccuper de les différencier suivant leur nature et leur valeur, ni d'en rechercher les causes anatomiques.

Pendant la seconde période, qui débute avec Gall, on commence à distinguer le symptôme aphasie des autres troubles de la parole, on s'efforce de déterminer et de localiser les lésions qui peuvent la provoquer. Mais, par une sorte de réaction, l'attention n'est plus attirée que par une des formes de l'aphasie, qui seule fait le sujet de toutes les recherches, c'est l'aphasie motrice.

Dans la troisième période, qui commence peu après Broca, l'étude de l'aphasie, en même temps qu'elle se complique, fait de rapides progrès, grâce au concours que les expérimentations sur les animaux, les acquisitions nouvelles de la physiologie et, dans ces derniers temps, la psychologie, viennent prêter à l'observation clinique, en interprétant les faits qu'elle constate. Après avoir pendant longtemps étudié l'aphasie en général, on la dissocie et on en étudie séparément les variétés.

De nombreux et importants travaux ont été publiés, depuis une quinzaine d'années, sur l'aphasie et ses causes. On peut y reconnaître un double courant : les uns tendent à généraliser, à simplifier, à schématiser ; dans les autres, et notamment dans ceux que la science doit à l'École allemande, se manifeste la tendance à multiplier les divisions, à scinder la question, ce qui provoque toujours des études complètes, mais dont il est malaisé de retrouver le plan d'ensemble.

CHAPITRE I

DE LA FORMATION DES IDÉES, DU LANGAGE, DE LA MÉMOIRE ET DE SES TYPES.

L'étude de l'Aphasie ou de l'une quelconque de ses formes, nous paraît exiger quelques considérations générales sur le mode de formation des idées, la production du langage et le rôle de la mémoire.

Exposons-les brièvement :

Idées. — L'homme arrivé à son complet développement intellectuel a en lui des idées ; pour les exprimer, il a le langage et souvent l'écriture qui en découle ; pour lui permettre de les retenir, il a la mémoire ; pour en acquérir de nouvelles enfin, il a ses sens, en première ligne la vue et l'ouïe. Comment cet état a-t-il pu se réaliser ? Entre le tout jeune enfant et l'homme qui parle, écrit, lit et comprend ses semblables, il semble qu'au point de vue intellectuel, il y ait un abîme infranchissable, et pourtant, si l'on suit le développement intellectuel de l'enfant, on voit cet abîme se combler et la transition d'un âge à l'autre se faire d'une manière insensible. Le tout jeune enfant n'a pas d'idées ; il n'a rien, sinon un organe d'acquisition ; mais cet organe, le cerveau, n'est pas une table rase, comme on le dit souvent. Il possède déjà certaines dispositions organiques héréditaires en vertu desquelles ses cellules sont douées de qualités générales, qui se révéleront sous l'influence des impressions venant du dehors ; de ces impressions naissent les sensations

Les psychologues anglais ont posé deux lois : d'après la première, le seul fait psychologique, primitif, irréductible, est la sensation. D'après la seconde, dite *loi d'association*, l'esprit a la propriété d'associer les sensations et les idées qui en dérivent. En effet, ce qui frappe tout d'abord le jeune enfant, ce sont les sensations ; qu'elles soient auditives, visuelles, elles ébranlent, d'une certaine façon, certains groupes de cellules cérébrales et y créent autant de dépôts. De la répétition plus ou moins fréquente de ces ébranlements successifs, dépendront leur persistance et leur durée ; mais ce ne sont là encore que des dépôts isolés, répartis selon les sens qui les ont fait naître.

Obéissant à la loi d'association, les cellules cérébrales groupent les différentes impressions sensorielles en une idée. L'idée, dans sa plus grande simplicité, celle de chaleur par exemple, peut n'être due qu'à une seule sensation ou à l'accumulation d'une série de sensations identiques, qui en constituent le souvenir. L'idée, comme l'a dit Buffon, est une collection ou plutôt une association de sensations ; l'enfant n'aura une idée complète que du moment où l'intelligence aura associé les unes aux autres les images visuelles, auditives et tactiles, c'est-à-dire les résultats des impressions sensorielles. Ainsi s'expliquerait la fréquence des idées incomplètes chez les enfants ; elles sont dues, non pas au manque de sensations, mais souvent au défaut d'habitude de leur esprit d'associer toutes les images sensorielles recueillies, pour en former une idée.

Langage. — L'idée étant constituée indépendamment du langage, comment expliquer la formation de celui-ci ?

Pendant longtemps on a admis deux sortes de langages que l'on tenait pour absolument indépendants : le *langage expressif, émotionnel, naturel*, qui emploie la mimique et les

cris, commun à tous les hommes ; et le *langage artificiel, rationnel*, qui emploie les mots et l'écriture. Celui-ci diffère selon les peuples et se subdivise en plusieurs groupes, selon l'agencement et les variations des sons. De nos jours, on tend à considérer le langage artificiel comme dérivant, par une série de transformations successives, du langage expressif. C'est ce langage artificiel, articulé, le seul dont nous nous occuperons ici, que les parents transmettent directement à l'enfant en s'adressant à son ouïe, en s'attachant à créer dans son cerveau par la répétition fréquente des mêmes sons un centre spécial de mémoire auditive des mots.

C'est ici qu'intervient l'éducation pour associer l'image auditive d'un mot, qui par elle-même serait dénuée de sens, à l'ensemble des images sensorielles préexistantes qui constituent l'idée. L'idée et le mot entendu étant ainsi associés, la parole n'existe pas encore. Elle ne sera acquise que quand l'enfant par une succession répétée d'efforts sera parvenu à trouver la série de mouvements coordonnés, nécessaires pour répéter le mot dont il aura conservé l'image auditive. Par la répétition de ces efforts se créera un nouveau centre, celui de l'articulation des mots.

L'enfant apprend à lire et à écrire par un mécanisme analogue : l'image visuelle du mot écrit impressionne toujours les mêmes cellules cérébrales et crée ainsi en elles un centre nouveau, qui se met en rapport avec ceux existant déjà et sert lui-même à commander les mouvements nécessaires à la formation des lettres. Le cycle complet est ainsi constitué : l'homme possède la parole.

Mémoire. Ses types. — Dans l'exposé des théories sur la formation des idées et du langage, nous avons dû accorder, sans la définir, un grand rôle à la mémoire, sans laquelle l'acquisition des idées et de la parole serait impossible. La

mémoire, en effet, est la faculté de conserver certains états, de les reproduire et de les localiser dans le passé. En psychologie, la théorie des facultés a, pendant longtemps, fait considérer la mémoire comme une faculté de l'âme, une entité.

Une étude plus approfondie toutefois a prouvé, et Ribot¹ a parfaitement démontré qu'en dernière analyse, *il n'existe que des mémoires partielles ou locales*.

C'est ainsi que dans la formation des idées, nous avons vu une série d'impressions sensorielles, les impressions acoustiques, par exemple, venir ébranler successivement le même groupe de cellules cérébrales et constituer ainsi un centre de mémoire acoustique : mémoire partielle qui retient la signification de certaines impressions sensorielles et emmagasine ce que, par un abus de mot, on appelle les images acoustiques. Le même mécanisme fonctionne pour chaque sens, et chaque centre de mémoire constitue ainsi un gigantesque répertoire d'images ; de la réunion de ces répertoires multiples, résulte la mémoire, telle qu'on l'envisageait autrefois.

La meilleure preuve de la dissociation de la mémoire n'est-elle pas, comme le remarque Ribot, la possibilité de la disparition d'une des mémoires partielles par le fait d'un état morbide, de même que, à l'état de santé, la possibilité du développement prédominant de l'une des mémoires partielles sur les autres.

Cette prédominance de telle ou telle mémoire a amené les psychologues à créer parmi les hommes certains types, suivant la variété de mémoire à laquelle ils s'adressent, quand ils font acte de souvenir. Reconnaissons de suite que les plus nombreux sont des *indifférents* : chez eux, le rôle joué par les diverses mémoires est égal. Mais à côté d'eux, il existe

1. Ribot, *Maladies de la mémoire*. Paris, 1880.

bien des sujets, chez lesquels la mémoire visuelle, auditive ou même motrice joue un rôle prépondérant. En s'appuyant sur ce fait d'expérience, on a été amené à distinguer des *visuels*, des *auditifs*, des *moteurs*.

Bien qu'elle ne soit pas aussi absolue que certains auteurs paraissent le croire, appliquons cette division des visuels et des auditifs, à la parole, dans l'acquisition de laquelle les sens de la vue et de l'ouïe interviennent d'une manière toute spéciale. Nous exprimons nos idées par des mots. Or ceux-ci peuvent se présenter à nous de diverses manières : tantôt nous voyons les mots écrits ou imprimés devant nous, nous les lisons, pour ainsi dire, c'est la mémoire visuelle qui nous les fournit. Les visuels, et ils nous intéressent d'une façon toute particulière, sont ceux chez lesquels les représentations visuelles sont plus spécialement développées et cela aux dépens des autres impressions sensorielles. Ils sont plus rares et ne se rencontrent guère que parmi les lettrés et ceux qui possèdent une instruction développée. Tantôt, c'est le cas le plus fréquent, nous entendons les mots comme si on les prononçait à notre oreille, c'est la mémoire auditive qui intervient ; parfois enfin, il est des mots que nous voyons, d'autres que nous entendons ; nous sommes tour à tour visuels, puis auditifs. Faut-il citer l'exemple des écoliers qui, visuels tant qu'ils récitent par cœur de la prose grecque, redeviennent franchement auditifs dès qu'ils veulent réciter des vers français dont la cadence et l'harmonie font mieux retenir les images auditives.

La grande majorité des hommes s'adressent à leur mémoire auditive pour retrouver les mots ; tous les illettrés sont dans ce cas. La plupart des méthodes mnémotechniques s'adressent à la mémoire auditive, comme celle, par exemple, qui pour faire retrouver un mot dont on a conservé une vague image acoustique, consiste à prononcer toutes les consonnes

de l'alphabet en les faisant suivre d'une des voyelles, de façon à retrouver la première syllabe du mot qui souvent entraîne le reste de l'image auditive.

Enfin chez les moteurs, ce sont les représentations motrices d'articulation, parfois d'écriture qui, si elles ne dominent pas, occupent tout au moins une place digne d'être mentionnée. Chez ces sujets, l'évolution de la pensée s'accompagne d'une sorte d'articulation interne des mots qui l'expriment; ils parlent leur pensée. On doit même considérer comme de parfaits types de moteurs, les nombreuses personnes qui, tout en pensant, remuent leurs lèvres sans émettre le moindre son, comme si elles se parlaient à elles-mêmes. Ne sont-ils pas des moteurs, les gens peu habitués à la lecture d'ailleurs, qui en lisant font mouvoir leurs lèvres, comme si ces représentations motrices d'articulation venaient ajouter leur appoint aux images visuelles impuissantes à réveiller l'idée. Enfin ne voit-on pas, rarement il est vrai, des sujets ne pouvoir lire, ni additionner des chiffres, qu'en exécutant rapidement avec les doigts les mouvements nécessaires à leur reproduction.

Plus tard peut-être citera-t-on les tactiles quand, plus renseignés sur la psychologie des aveugles, nous connaîtrons mieux, grâce aux belles découvertes de Louis Braille¹ et du comte de Beaufort, les rapports que la lecture et l'écriture tactiles affectent chez eux avec les idées. Le sens de la vue étant dans ces deux actes absolument remplacé par celui du tact, les tactiles pourront être étudiés comme les auditifs; ils présenteront des types d'autant plus nets et plus précieux pour l'étude que les phénomènes de substitution seront impossibles chez eux.

1. Braille, *Anaglyptographie*, 1829. — De Beaufort, *Stylographie*. V. journ. *la Nature*, 1887, p. 23.

Ce que nous venons de dire des visuels, des auditifs, des moteurs, des tactiles, quant à la parole et à l'écriture, peut être généralisé. Chacun de nos sens peut prédominer en nous, sans exclure les autres ; partant aussi la mémoire partielle à laquelle ce sens donne naissance peut être prépondérante et imprimer, selon sa nature, à celui qui en est doué un cachet spécial. Tel rapporte tout au sens de l'ouïe pour lequel la mémoire visuelle ne sera presque d'aucun secours ; pour d'autres, les sons revêtiront des couleurs et se présenteront sous une couleur donnée, tout en réveillant la mémoire auditive. Nous touchons ici à la question de l'audition colorée.

Il semble que ce terme d'*audition colorée* fasse pressentir dans les seules vibrations de l'air, le trait d'union entre la vision et l'audition ; communauté d'origine établie depuis longtemps pour les deux sens de la vue et de l'ouïe au point de vue physique pur, mais qui n'avait pas encore été constatée d'une façon aussi évidente, car il s'agit ici de la possibilité pour l'homme de percevoir certaines sensations colorées, quand son oreille est frappée par certains sons.

L'idée générale est qu'il existe un rapprochement certain entre le timbre et la couleur. Les recherches du Dr Féré l'ont conduit à établir deux points qui servent de base à toute la théorie :

1° La vibration peut être considérée comme l'unité d'excitation pour la vue et pour l'ouïe ; donc origine commune pour les perceptions et aussi pour les sujets de nos conceptions.

2° L'excitation de l'un quelconque de nos sens se traduit par un effet appréciable au dynamomètre. N'y aurait-il pas là un embryon d'explication de l'union de nos mémoires, de l'effet qu'ont les unes sur les autres, les images de souvenir d'ordre sensoriel différent accumulées dans nos cellules

corticales? Nous parlerons souvent du réveil des images auditives par les images visuelles; les principes établis plus haut pourraient expliquer physiologiquement ces rapports déjà admis par la psychologie.

Les excitations de nos sens étant l'origine de nos perceptions et la répétition de celles-ci étant la condition nécessaire de la formation de nos mémoires partielles, dès que l'excitation est la même pour tous les sens, elle suffit au réveil simultané de toutes les mémoires partielles, et ainsi se trouverait physiologiquement expliqué le réveil d'une des mémoires partielles par l'autre, ou plutôt le réveil simultané de toutes les mémoires.

Dans les phénomènes de l'audition colorée, le timbre joue le principal rôle pour la vision de la couleur, aussi les Allemands l'ont-ils appelé: *Klangfarbe*, couleur du timbre. La nature de la couleur perçue dépend du timbre et de l'acuité du son; il en résulte que pour la plupart, les sons aigus, les notes élevées sont vues brillantes, claires, rouges ou jaunes, les notes basses sont vues sombres. Cette association de la couleur au son varie, et ne se trouve pas chez toutes les personnes.

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer à ces rapports entre l'audition et la vision l'importance que certains auteurs, comme Nussbaumer (1873), Bleuler et Lehmann, Velardi, Berti, etc., ont cru pouvoir leur donner. Ils ont posé comme acquis des principes dont la solidité n'est pas absolue et qui, dans certains cas, tout au moins, n'ont pu être corroborés par des séries d'expériences poursuivies avec le plus grand soin et la plus parfaite impartialité. Il nous a paru intéressant toutefois de rappeler cette tentative faite dans le but de vérifier, en s'appuyant sur les lois de la physique, des rapports que la psychologie avait depuis longtemps constatés, sans pouvoir les vérifier expérimentalement.

CHAPITRE II

DE L'APHASIE EN GÉNÉRAL. — SES VARIÉTÉS.

Connaissant les origines des mémoires partielles et leur valeur respective dans l'acquisition de la parole, recherchons comment de leurs troubles isolés ou simultanés peuvent résulter les différentes variétés de l'Aphasie. Pour y arriver, exposons le schéma général de l'Aphasie et de ses variétés, sans discuter d'ailleurs les opinions qui ont prévalu selon les auteurs; seules les théories émises sur la cécité verbale comme cause de l'aphasie fixeront notre attention.

Quand on s'est débarrassé des entraves qu'apportent à un exposé de la question les théories des auteurs, souvent plus contradictoires en apparence qu'en réalité, on peut reconnaître dans l'Aphasie deux groupes fondamentaux : les *Aphasies de transmission* et celles de *réception*.

Les dénominations varient selon les auteurs, mais le groupement général reste le même, qu'on les appelle *aphasies ataxiques* et *amnésiques* avec Kussmaul, *aphasies motrices* et *sensorielles* avec Wernicke¹, aphasies de transmission et de réception avec la majorité des auteurs français.

Pour nous, adoptant la nomenclature française, qui nous paraît avoir été justifiée avec une rare clarté par M. Déjerine², nous admettons : 1° les *Aphasies de transmission* dans lesquelles le langage intérieur existe, mais la projection au de-

1. Wernicke, *Der aphasische Symptomencomplex*. Breslau, 1874.

2. Déjerine, *De l'Aphasie et de ses formes*, in *Semaine médicale*, 1884, nos 45 et 47, p. 421, 449.

hors fait défaut ; 2° les *Aphasies de réception* : ici les organes de transmission sont intacts ; les centres moteurs phonétique et graphique fonctionnent, mais ceux de réception sont altérés, le langage intérieur manque.

L'expression de la pensée au dehors se faisant au moyen de la parole et de l'écriture, il est rationnel d'appeler Aphasie de transmission la perte de la faculté d'exprimer sa pensée par des mots parlés ou écrits. Cette perte peut être complète ou porter tantôt sur les mots parlés, tantôt sur les mots écrits d'où résultent deux variétés : l'*Aphasie motrice* et l'*Agraphie motrice*.

I. Aphasies de transmission. — 1° Aphasie motrice.

— L'Aphasie motrice, aussi appelée, *logoplégie*, *aphémie*, *aphasie ataxique*, est l'aphasie vulgaire. C'est elle qu'on entend désigner par le mot Aphasie, sans qualificatif, c'est elle qui seule a été longtemps étudiée, et pour les anciens auteurs, constituait tout le symptôme aphasie. De beaucoup la plus fréquente, elle est causée par la perte de la mémoire des mouvements coordonnés nécessaires à l'articulation des mots. Les cas d'aphasie motrice pure et isolée sont relativement rares, plus fréquents pourtant que les cas d'autres variétés d'aphasie. Le cas type serait celui d'une personne qui se trouverait tout à coup dans l'impossibilité absolue d'articuler le moindre mot, tout en conservant, du reste, l'intelligence intacte, la faculté de comprendre ce qu'on lui dirait, de répondre par écrit aux questions, de lire et de reconnaître tous les objets.

L'aphasie motrice étant accompagnée, d'ordinaire, d'une hémiplégie droite, il faudrait, pour que la sûreté du diagnostic fût absolue, que le malade ait su écrire indistinctement des deux mains, condition qui n'est que rarement remplie.

Dans un cas type, l'abolition du langage articulé serait complète ; mais le plus souvent, le malade peut encore arti-

culer des mots ou des syllabes toujours les mêmes. Ici les variétés sont innombrables et on trouve tous les degrés de passage, depuis les aphasiques qui ne peuvent articuler qu'une syllabe, jusqu'à ceux qui n'ont perdu la mémoire d'articulation que pour les mots d'une seule langue, pour un seul genre de mots; et dans ce cas, ce sont les noms propres, les substantifs qui font défaut les premiers, puis les adjectifs, les verbes qui expriment des manières d'être et enfin les interjections.

Ces faits d'expérience concordent avec les données de la psychologie. En effet, comme le fait remarquer Ribot, l'Aphasie en général et l'Aphasie motrice en particulier, évoluent conformément à la *loi de réversion* ou de *régression*, qui régit tous les troubles de la mémoire. Elles frappent d'abord les acquisitions les plus récentes, puis seulement après, les plus anciennes; en un mot, la marche régressive de l'amnésie va du particulier au général, le nouveau meurt avant l'ancien, le complexe avant le simple.

L'aphasie motrice coexiste d'ordinaire avec une hémiplégie droite, son invasion est en général brusque, puis elle reste stationnaire; on cite pourtant des cas de guérison que peut expliquer une rééducation, la formation d'un nouveau centre d'articulation. Le diagnostic en est facile à condition de se trouver en présence d'un cas qui ne soit pas troublé par l'existence plus ou moins latente d'une autre variété d'aphasie. Quant au siège de la lésion dans la troisième circonvolution frontale gauche, il est trop connu et trop peu contesté pour que nous ayons à le rappeler.

2^o Agraphie motrice. — L'agraphie fait partie des aphasies de transmission, au même titre que l'aphasie motrice. Elle est due, comme elle, à une perte de mémoire partielle, celle des mouvements nécessaires à la reproduction graphique

des mots, images de notre pensée ; son existence réduit nos moyens de transmettre nos idées aux autres. Par sa nature, par la perte du procédé de transmission dont elle est le signe, elle constitue avec la cécité verbale, le groupe le plus élevé des aphasies.

Bien que l'Agraphie existe à l'état isolé, plus rarement encore que l'Aphasie motrice, son indépendance clinique a été nettement établie par Marcé¹ et Pitres², et l'on peut en concevoir un type clinique parfait. Un malade atteint d'agraphie serait en pleine possession de son intelligence, entendrait et comprendrait toutes les questions, pourrait soutenir une conversation, lire les caractères imprimés et écrits, mais, un crayon à la main, serait absolument incapable d'exprimer sa pensée par des signes graphiques et, tout en sachant ce qu'il voudrait dire, ne tracerait que des signes informes. Cet homme se trouverait dans la situation où nous serions nous-mêmes si l'on nous condamnait à exprimer, séance tenante, notre pensée en caractères runiques, dont nous n'avons aucune notion.

L'Agraphie présente les mêmes formes, les mêmes degrés que l'Aphasie motrice. Ainsi certains malades ne peuvent absolument rien écrire ; d'autres peuvent tracer quelques syllabes, ou mots dépourvus de sens ; d'autres ne peuvent pas écrire de chiffres, ou n'auront d'agraphie que pour certaines lettres ou les caractères de certaines langues. A qui n'est-il pas arrivé, par exemple, de rechercher en vain la série des mouvements nécessaires pour tracer telle lettre gothique majuscule, n'est-ce pas là un exemple journalier de la perte de la mémoire des mouvements graphiques ? Si nous les retrouvons, c'est grâce à la mémoire visuelle.

L'agraphie peut guérir, mais les cas de guérison sont fort

1. Marcé, *Mémoires de la Société de biologie*, t. III.

2. Pitres, *Considérations sur l'Agraphie*, in *Revue de médecine*, 1884.

rares. Le plus souvent, les malades, obligés par la nécessité de suppléer à l'impuissance de leur main droite frappée d'hémiplégie, tentent d'écrire de la main gauche. Après de longs efforts pour vaincre à la fois l'inhabilité musculaire de cette main et se créer un nouveau centre de mémoire partielle dans l'hémisphère droit, ils arrivent à pouvoir écrire de la main gauche, d'une façon spéciale, les caractères étant inclinés vers la gauche, ce qui a fait appeler ce genre d'écriture renversée, *écriture en miroir*.

Les cas d'agraphie motrice avec autopsie sont rares ; néanmoins, d'après quelques observations probantes recueillies par Exner¹, on peut localiser le siège de la mémoire des mouvements graphiques dans la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale gauche ; sa proximité avec la troisième frontale gauche explique la coexistence fréquente des deux aphasies de transmission.

II. Aphasies de réception. — Nous venons d'étudier les aphasies produites par lésions des centres de mémoire motrice. Les variétés d'aphasie par lésions des centres de mémoires sensorielles, pour être plus rares, plus difficiles à constater et à dégager cliniquement, n'en sont que plus intéressantes.

Charcot les a appelées Aphasies de réception et, en effet, elles dépendent de lésions plus ou moins complètes des centres de réception. Ceux qui en sont affectés conservent, à vrai dire, l'usage de la parole ; ils ne sont aphasiques que d'une façon indirecte. S'ils ne peuvent plus parler, c'est qu'une lésion de leurs centres de réception est venue troubler, par sa présence, le fonctionnement de leur pensée, en empêchant la formation de leurs idées, celles-ci n'étant que le

1. Exner, *Untersuchung über die Localisation der Functionen in der Gross Hirnrinde des Menschen*, 1881, p. 57.

résultat des images sensorielles conservées par les différentes mémoires.

De nos jours, les auteurs ne considèrent encore comme causes des aphasies de réception que les lésions de deux centres de mémoire partielle : le centre de la mémoire auditive des mots, dont la suppression donnerait lieu à l'aphasie par surdité verbale, et celui de la mémoire visuelle des mots, dont les lésions amèneraient l'aphasie par cécité verbale.

Plus tard peut-être, décrira-t-on l'aphasie par perte de la mémoire tactile et musculaire chez ceux qui ne disposeront plus des mémoires auditive et visuelle. Les résultats obtenus par M^{lle} Skwortzoff et relatés par elle dans sa thèse¹ sont un premier pas dans cette voie. Déjà chez les aveugles, on est parvenu à développer assez complètement la mémoire tactile des mots, pour leur permettre de lire des ouvrages entiers imprimés à leur usage. En supposant qu'un de ces aveugles, par un accident quelconque, une brûlure grave des doigts par exemple, vienne à perdre la mémoire tactile des mots, il deviendrait aphasique au même titre qu'un voyant le serait devenu par cécité verbale. Plus probante encore en faveur de la mémoire tactile des mots, est l'observation rapportée par Kussmaul² : chez une jeune fille aveugle et sourde, on parvint à développer suffisamment le sens tactile, en associant le toucher des objets à celui des mots en relief leur correspondant, pour lui permettre d'échanger ses idées avec ses semblables. Si l'on admet l'existence de ces centres, il serait logique d'admettre aussi des pertes de la mémoire ou des amnésies tactile, olfactive, gustative.

Si, parmi les mémoires sensorielles, ce sont les lésions des mémoires visuelle et auditive qui seules produisent

1. Skwortzoff, *loco cit.* Observ. n° VII, p. 44.

2. Kussmaul, *loco cit.*, p. 22 et 23. Observ. de L. Bridgemann.

l'aphasie chez l'homme (aphasies sensorielles de Wernicke), c'est parce que chez l'enfant, on ne s'adresse qu'à ces deux sens, la vue et l'ouïe, pour lui apprendre à parler, à exprimer ses idées, acquises, il est vrai, à l'aide des autres sens réunis. Mais il est possible que, si l'on arrivait à localiser d'une façon un peu certaine dans les circonvolutions cérébrales, les centres de mémoire tactile, on constaterait bientôt que la lésion de ces centres produirait chez les aveugles, qui n'ont appris à lire que par le tact et ne connaissent les objets que par le toucher, une variété d'aphasie non plus visuelle, mais tactile.

Surdité verbale. — On n'a décrit jusqu'à présent comme cause d'aphasie dans le domaine acoustique que la surdité verbale. Mais tout ce que nous dirons plus loin de la vision peut s'appliquer aussi bien à l'audition, et nous avons laissé pressentir qu'on pourrait l'appliquer plus tard peut-être à tous les autres sens, en tenant compte de la part prépondérante que prennent la vue et l'ouïe dans les phénomènes de la vie de relation.

Nous pourrions répéter à propos de la surdité que les auteurs ont divisée en *Surdité corticale*, *psychique* et *verbale*, tout ce que nous dirons plus loin de la cécité, et nous arriverions, après une étude complète de la question, à des conclusions identiques, à savoir que l'amnésie auditive, considérée comme cause d'aphasie, est à l'audition ce que l'amnésie visuelle est à la vision. Aussi, nous a-t-il paru superflu d'étendre notre cadre pour reprendre deux fois les mêmes raisonnements. Enfin, il nous a semblé qu'il n'était pas sans quelque intérêt de mettre en opposition, en décrivant rapidement la surdité verbale seule, la façon dont ont été comprises jusqu'ici, et celle dont il faudrait comprendre dorénavant deux causes d'aphasie identiques dans leurs éléments, les troubles de l'audition et ceux de la vision.

Le malade affecté de surdité verbale peut avoir conservé son intelligence et toute son acuité auditive ; la preuve en est qu'il tourne la tête au bruit d'une épingle qui tombe. Il entend très bien qu'on lui parle, car il y prête attention, mais il ne comprend plus la signification des mots prononcés, ceux-ci ne sont plus pour lui qu'une succession de sons confus ; ils ne réveillent plus d'idées en lui.

En effet, si le centre de la mémoire auditive est lésé, les images acoustiques étant détruites, il n'y a plus de rapports entre ce centre et les autres centres de mémoires partielles ; dès lors plus d'idée éveillée par les mots, en vertu même de la définition que nous avons donnée de l'idée. Ce malade ne parle pas, parce qu'il ne comprend pas ce qu'on lui dit ; les mots proférés devant lui ne pouvant évoquer des images acoustiques détruites, ne peuvent plus par leur entremise réveiller les centres de mémoire d'articulation des mots ; il faudra s'adresser à un autre sens.

Le malade parle, écrit, lit, mais ne comprend pas ce qu'on lui dit et de ce fait, est aphasique par surdité verbale. Cette surdité peut être plus ou moins complète, porter sur tous les signes de la parole ou seulement sur quelques mots ou certaines phrases, ou n'atteindre souvent que les langues étrangères autrefois comprises par le malade, en respectant sa langue maternelle. Ses variétés, les observations le prouvent, sont innombrables.

On cite des cas curieux de surdité verbale, comme ceux limités à l'audition des propres paroles des malades et de celles-là seulement, ce qui les rend absolument incapables de contrôler ce qu'ils disent. En général, cette absence de contrôle, dans les cas de surdité verbale, amène rapidement chez ceux qui en sont affectés des troubles du langage articulé. Ceci s'explique aisément, si on se rappelle que nous sommes presque tous des auditifs. Il est donc naturel que la

surdité verbale influe spécialement sur le langage articulé, étant données les relations qui existent dans l'acquisition de la parole entre les images auditives et les images motrices des mots.

Chez les malades atteints de surdité verbale, il existe souvent en même temps de l'aphasie motrice ; le diagnostic, dans ces cas, peut devenir très difficile. Certains auteurs, il est vrai, ont prétendu avec Kussmaul¹, que les troubles diffèrent : dans l'aphasie motrice, il y aurait perte de la faculté d'articuler les mots (aphasie ataxique de Kussmaul), tandis que dans l'aphasie due à la surdité verbale, on remarque surtout l'emploi de mots étrangers au sens de la phrase, contraires à l'idée que le malade paraît vouloir exprimer (paraphasie de Kussmaul).

Les cas de surdité verbale avec autopsie, sont aujourd'hui assez nombreux pour qu'on puisse localiser exactement le siège de la lésion dans la 1^{re} circonvolution temporale gauche ; quelquefois on a trouvé lésées les deux premières temporales ainsi que la troisième frontale gauche.

Nous donnons plus loin une observation de surdité verbale dans laquelle la lésion de la première circonvolution temporale gauche était bien évidente. Ce cas est du reste compliqué d'autres symptômes, aussi avons-nous préféré ne le citer qu'après une étude plus complète qui nous permettra de les étudier tous à la fois.

Après cet exposé succinct de la première variété d'aphasie de réception, étudions la deuxième variété et recherchons si la cécité verbale, comme l'admettent les auteurs, est sa cause unique, ou si une cause plus générale ne devrait pas lui être assignée.

1. Kussmaul, *loco cit.*, p. 238 et 239.

CHAPITRE III

RAPPORTS DE L'APHASIE ET DES CÉCITÉS.

L'aphasie par cécité verbale, nous l'avons vu plus haut, est, selon les auteurs, celle qui résulte de la suppression de la mémoire visuelle des mots. Or, ce qui frappe dans l'étude des aphasies sensorielles ou de réception, c'est qu'on n'ait pas cherché à établir d'une façon plus précise, les rapports qui existent entre les causes et les effets, et pour l'aphasie par cécité verbale que nous considérons ici, entre la cécité et l'aphasie. Quels sont les liens qui unissent ces deux termes ? Parmi les auteurs, les uns n'envisagent que le premier seul ; ils traitent, comme Crouigneau¹ par exemple, de la vision mentale et de ses variétés et à ce propos ils nomment et définissent : la *cécité corticale*, la *cécité psychique* et la *cécité verbale*, sans indiquer nettement pourquoi ils considèrent cette dernière seule, comme cause d'aphasie. D'autres auteurs, ce sont les plus nombreux, Charcot, Ballet, Bernard, Magnan, Déjerine, etc., ne considèrent que l'aphasie et ses variétés, et le terme cécité verbale s'introduit dans la description sans qu'on saisisse exactement pourquoi il est ainsi dissocié du grand groupe des cécités.

Le terme cécité, pris dans son acception la plus générale, évoque dans l'esprit l'idée d'une lésion fonctionnelle. Quant au terme aphasie, il est général et négatif ; sans rien préjuger, il désigne un état sans en indiquer la cause.

1. Crouigneau, *loco cit.*, p. 47 et 48.

C'est le mode selon lequel la cécité en général influe sur l'aphasie qui gagnerait à être mieux établi. Car si la théorie si répandue et si attrayante des auditifs et des visuels peut expliquer directement l'aphasie par cécité verbale dans quelques cas particuliers, le plus souvent elle ne la produit que d'une façon indirecte.

Résumons les données actuelles sur la cécité; seules elles nous permettront d'élargir le rôle attribué à la cécité comme cause d'aphasie.

Pour fonctionner normalement et nous donner toutes les notions nécessaires à la formation des idées, le sens de la vue exige outre l'intégrité absolue des organes périphériques et des fibres nerveuses qui les unissent aux centres gris, celle des lobes corticaux, centres nerveux auxquels on attribue le rôle de transformer les perceptions des organes périphériques en conceptions. Ces centres tiennent sous leur dépendance un ensemble de phénomènes qui constituent ce que Crouigneau¹ a appelé la vision mentale, en la définissant : « une faculté intellectuelle qui consiste à percevoir et à concevoir les impressions qui viennent frapper notre rétine. »

Ce terme de vision mentale, nous pensions pouvoir le conserver, car il désigne bien l'ensemble des actes de la vision qui s'accomplissent dans le cerveau, par opposition à la vision périphérique. Mais les auteurs, notamment Charcot et Ballet, quand ils emploient le terme de vision mentale, entendent désigner, dans un sens plus restreint, l'évocation des images visuelles d'objets que nous n'avons pas actuellement sous les yeux, ce qu'on appellerait la vision par les yeux de l'esprit. C'est pourquoi, il nous paraît plus logique, pour éviter la confusion que peut faire naître le terme de vision mentale, de donner à l'ensemble du mécanisme cérébral qui

1. Crouigneau, *loco cit.*, p. 5.

aboutit à la conception des objets, le nom de *vision avec interprétation, vision raisonnée*. Ce qualificatif, d'ailleurs, serait presque inutile, car il est admis que, dans tout le cours de cette étude, nous supposons toujours l'intégrité de la vision périphérique.

Les auteurs ont distingué dans le domaine de la vision, et plus exactement dans la vision raisonnée, interprétée, trois ordres d'opérations cérébrales :

1° La perception brute des impressions lumineuses, sans conception de leur nature, c'est la vision proprement dite ;

2° La perception avec conception des objets ou des choses, c'est la vision des objets ou des choses ;

3° La perception avec conception des signes ou des mots, c'est la vision des mots ou vision verbale.

La perte de la vision proprement dite, c'est-à-dire l'absence à la fois de la perception et de la conception, constituerait la *cécité corticale*.

La perte de la conception avec persistance de la perception des objets ou des choses, provoquerait la *cécité des choses* ou *cécité psychique*.

Quant à la perte de la conception de la valeur des signes qui servent au langage et de ceux-là seuls, avec persistance de leur perception, elle a été appelée *cécité verbale* ou *des mots*.

Telles sont les trois formes de cécité mentale, que les auteurs s'accordent à reconnaître. Mais sauf pour la cécité corticale, le terme de cécité nous paraît aussi peu fondé pour la cécité psychique que pour la cécité verbale.

Quels sont les rapports de ces trois formes de cécité avec l'aphasie, dans quelle mesure et comment les provoquent-elles ?

Les auteurs en général, Charcot, Ballet, Bernard, Crouigneau n'ont admis comme causes d'aphasie que la dernière

forme, la cécité verbale. Nous tenterons de montrer que la cécité psychique (amnésie visuelle des choses) peut également devenir cause d'aphasie. Il nous a semblé plus logique, étant donné que dans la cécité psychique comme dans la cécité verbale, les conceptions seules font défaut, alors que les perceptions continuent à se faire, de les réunir sous le même nom *d'amnésie visuelle*.

Nous atteindrons ainsi un double but : celui d'employer un terme plus compréhensible et celui d'embrasser dans la même appellation la cécité psychique, cause fréquente d'aphasie qu'on négligeait jusqu'ici aux dépens de la cécité verbale. On n'aura plus à considérer ainsi que la cécité corticale et l'amnésie visuelle.

Cécité corticale. — La vision raisonnée, interprétée, nous l'avons dit, est un acte qui consiste à percevoir et à concevoir les impressions visuelles qui frappent la rétine.

Dire qu'il y a perception, c'est dire que l'impression lumineuse parcourt sans interruption toute la chaîne des récepteurs et des conducteurs nerveux, jusqu'au dernier chaînon qui la reçoit et la conserve; comme l'image vient se dessiner sur la chambre noire du photographe qui sait qu'il y a une image dessinée, mais ne la reconnaît pas, ne saurait la distinguer de l'autre image qui se forme, s'il tourne l'appareil.

Dire qu'il y a conception, c'est entendre par là, que l'impression lumineuse est, non seulement perçue, mais encore classée, déterminée, transformée en une idée indépendante du corps, source des vibrations lumineuses. Ici l'image est reconnue sur le verre dépoli de la chambre noire et, de plus, distinguée de toutes les autres.

La conception ne nous est possible qu'avec la conservation des états identiques, et puisqu'il s'agit d'impressions lumineuses, qu'avec la conservation d'autres images optiques

précédemment perçues, qui serviront de base, de terme de comparaison, à la détermination des images optiques nouvelles. En un mot, la conception ne paraît possible qu'avec l'existence des mémoires partielles, et dans le cas spécial, de la mémoire partielle de la vue. Celle-ci, en effet, n'est que la résultante de l'accumulation d'une quantité innombrable d'impressions visuelles successivement perçues, enregistrées, qui se réveillent mutuellement, se coordonnent, se groupent suivant leurs analogies et forment un gigantesque dépôt. Concevoir une chose, c'est donc se faire d'une chose perçue une idée distincte d'autres idées, c'est étiqueter, déterminer une nouvelle pièce d'une collection, par analogie avec d'autres pièces de la même collection déjà classées, et que l'on a sous les yeux. Cela est si vrai qu'une perception qui n'a pas d'analogues parmi les souvenirs de nos perceptions antérieures est difficilement conçue, de même qu'un échantillon de collection qui n'a pas d'analogue est facilement différencié, mais nécessite bien des recherches quand il faut logiquement le dénommer. La conception est donc intimement liée à l'existence de la mémoire. On peut donc dire : concevoir, c'est faire acte de mémoire et réciproquement, perdre la mémoire, c'est perdre la faculté de concevoir.

La perception et la conception des objets, tels sont donc les deux éléments de la vision raisonnée, leur double disparition amènera la perte complète de la vision, c'est-à-dire la cécité corticale (amaurose cérébrale, *Rindenblindheit* de Kussmaul). Le malade qui en sera atteint sera aveugle mentalement.

Nous ne discuterons pas la question du siège de la sphère visuelle en général. On s'accorde à admettre que ce sont les lobes occipitaux du cerveau qui recueillent, en dernier terme, les impressions lumineuses.

Anatomie. — Ces lobes occipitaux, au nombre de trois,

occupent une portion très restreinte de l'étendue de la surface corticale. Situés à la partie postérieure du cerveau, ils ne sont nettement marqués que sur la face externe de l'organe. Sur la surface interne, ils servent à constituer le cuneus, limité en avant par la scissure occipitale interne, en arrière et horizontalement par la scissure, plus ou moins bien marquée, des hippocampes. Sur la face inférieure, ils se confondent avec les circonvolutions temporales, dont aucun sillon précis ne les sépare. C'est, du reste, aussi le sort de la 3^e circonvolution occipitale, la plus inférieure et la plus réduite qui n'apparaît que comme un petit triangle qui s'encastre entre l'extrémité postérieure des temporales et la limite inférieure de la 2^e circonvolution occipitale.

Celle-ci seule offre un intérêt réel, en raison des rapports qu'elle présente par son extrémité antérieure avec les circonvolutions pariétales. En effet, après avoir affecté une forme quadrilatère, assez massive, dans toute son étendue, elle s'amincit en avant en un pli de passage très étroit qui constitue une émanation du pli courbe et l'unit à la partie postérieure du lobule pariétal inférieur (*gyrus infero-parietalis*), souvent appelé lobule du pli courbe. Ce pli courbe à convexité supérieure (*gyrus angularis*) n'est autre que l'extrémité postérieure du lobule pariétal inférieur; en forme de fer à cheval, il coiffe d'une façon assez régulière l'extrémité postérieure de la scissure parallèle et se continue, par sa branche antérieure avec la 1^{re} circonvolution temporale, par sa branche postérieure, à la fois avec la 2^e temporale et le pli de passage aminci qui vient de la circonvolution occipitale moyenne. Il y a donc trois régions à considérer dans le lobule pariétal inférieur: le lobule pariétal inférieur proprement dit; en arrière le pli courbe qui l'unit à la 2^e circonvolution occipitale; et en avant une région (dite *gyrus supra marginalis*) qui sert de pli de passage à la circonvolu-

tion pariétale ascendante. Quant au lobe occipital supérieur, qui surmonte le lobe moyen, il se continue avec le lobe pariétal supérieur, dont il est séparé par un prolongement de la scissure pariéto-occipitale interne.

Si nous avons cru devoir entrer dans ces détails d'anatomie, c'est que les territoires du lobule pariétal inférieur sont souvent méconnus, et qu'il est bon de ne pas confondre le pli courbe proprement dit avec le lobule pariétal inférieur ou lobule du pli courbe, dont il ne constitue qu'une partie.

La cécité corticale est relativement fort rare. Dans la majorité des cas elle est bilatérale comme la cécité des choses. Il est des cas pourtant, où elle n'affecterait qu'un seul côté. Fürstner¹ cite bien un cas de cécité corticale unilatérale droite, qui fut suivi, il est vrai, de cécité corticale complète; l'autopsie révéla des lésions symétriques dans les deux lobes occipitaux. Dans un autre cas de Fürstner², la cécité corticale ne siégeait qu'à gauche. Crouigneau³ relate une observation de Stinger, relative à un malade qui, affecté de cécité psychique, présenta, après une série d'attaques, les symptômes de cécité corticale droite; il n'insiste pas sur ce fait qui ne survint que dans les derniers jours de la vie. Ces trois cas ne nous semblent pas suffisamment nets pour permettre d'affirmer que la cécité corticale puisse ne siéger que d'un côté, le malade pouvant continuer à percevoir et à concevoir avec l'autre.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de remarquer que la cécité corticale, quand c'est elle qui débute après une violente attaque, s'amende parfois pour ne plus laisser persister que des symptômes de cécité psychique: le malade frappé, tout en étant incapable de concevoir, de reconnaître ce qu'il

1. Fürstner, cité *in* Crouigneau, *loco cit.* Obs. n° VIII, p. 75.

2. Fürstner, cité *in* Crouigneau, *loco cit.* Obs. n° IX, p. 78.

3. Crouigneau, *loco cit.* Obs. n° XIII, p. 79.

voit, peut de nouveau percevoir. Ce fait doit probablement être attribué aux lésions dynamiques, à ce qu'on a appelé le *shock*, phénomène depuis longtemps observé dans les cas d'hémiplégie et qui peut accompagner toutes les lésions graves du cerveau. On conçoit aisément ce qui a lieu : une hémorrhagie par exemple détruit une portion de la substance corticale, l'attaque est si violente que les cellules directement atteintes cessent de fonctionner ; bien plus, les cellules voisines du territoire atteint sont comme chloroformisées, elles sont momentanément supprimées. La lésion a-t-elle porté sur le centre de mémoire des impressions visuelles, et le choc a-t-il été violent, on observe à la fois la cécité des choses et la cécité corticale. Celle-ci pourra disparaître plus tard, quand les cellules du reste de la sphère visuelle demeurées intactes, seront remises du choc indirect qui leur a été porté et les a transitoirement paralysées.

Si la cécité corticale peut survenir au début, et laisser après elle la cécité des choses, le contraire peut arriver : la cécité des choses précède alors la cécité corticale qui ne se produit que quand plusieurs attaques successives, en hâtant et activant les progrès des lésions secondaires, ont amené la destruction de toutes les circonvolutions occipitales, détruisant ainsi non seulement le centre de mémoire visuelle, mais aussi le centre de la vision brute.

Pourquoi ne pas attribuer aussi à des phénomènes dynamiques, ces alternatives d'amélioration et d'aggravation observées dans les manifestations d'une même lésion. Dans notre observation n° IV nous constatons tantôt une amnésie visuelle évidente des choses, tantôt des signes d'amélioration passagère. Ne doit-on pas attribuer ces alternatives à l'influence à distance des progrès plus ou moins rapides de l'inflammation des points primitivement lésés.

En résumé, comment faut-il se représenter un malade

atteint de cécité corticale absolue? On est en présence d'un sujet qui parle, écrit, entend, comprend ce qu'on lui dit. Mais il est incapable de se guider, de reconnaître les objets et à plus forte raison de lire, bien que les organes périphériques de la vision soient reconnus absolument sains. Rien ne le distingue d'un aveugle ordinaire. Il a perdu la faculté de percevoir les objets qu'il voit actuellement et, partant, de les concevoir; mais il peut avoir conservé les images visuelles de souvenir, antérieurement acquises, au moyen desquelles il est encore capable de concevoir les objets dont on lui parle, de se représenter ceux qu'il a pu voir. Le centre de la vision brute qui lui donne les perceptions pourrait être seul détruit, celui de la mémoire visuelle persistant.

Tel serait l'état d'un malade atteint de cécité corticale type; mais le plus souvent il arrive que les lésions qui déterminent la cécité corticale intéressent aussi le centre de la mémoire visuelle. Dès lors, le malade a perdu non seulement la faculté de percevoir les objets vus actuellement, mais il n'a plus les images visuelles de souvenir. Son état est comparable à celui d'un aveugle de naissance; comme lui, il est incapable de concevoir tout ce qui est du domaine optique.

Amnésie visuelle. — Les éléments essentiels de la vision raisonnée sont, nous l'avons vu, la perception et la conception. Celles-ci viennent-elles à disparaître toutes deux, la cécité corticale se produit. Mais la conception seule peut disparaître et la perception des objets demeurer intacte. Or la conception n'est possible qu'avec la persistance des mémoires partielles, car elle n'est que le résultat de la comparaison de plusieurs perceptions entre elles. La perte de la conception semble donc impliquer une perte de la mémoire.

C'est pourquoi nous appelons amnésie visuelle la perte de la conception des objets. Ce terme d'amnésie visuelle répon-

dra pour nous à celui de cécité psychique et de cécité verbale des auteurs.

Le terme de cécité, en effet, nous paraît aussi mal appliqué que celui de psychique. Quelle que soit l'autorité des auteurs qui l'ont proposé et employé, sans suffisamment le justifier ni en rechercher la valeur étymologique, quelle que soit la consécration que lui ait donnée un usage continu dans le langage médical, nous croyons, d'après les avis de notre maître M. le professeur Bernheim, devoir condamner l'emploi de ce terme. Il a le grave défaut d'induire en erreur la plupart de ceux qui abordent l'étude de l'aphasie et de ses mécanismes, et de plus l'inconvénient de ne pas marquer assez nettement la différence qui existe entre le trouble qu'il désigne, et celui qu'on nomme si justement cécité corticale.

Notre critique pourra paraître de valeur secondaire ; on pourra nous objecter qu'une simple question d'étymologie ne saurait autoriser à critiquer l'emploi d'un terme depuis longtemps admis dans la science. Tout en le reconnaissant, remarquons que la valeur des termes a une grande importance dans une question aussi complexe que celle de la pathogénie de l'aphasie, et que le maintien dans certaines branches de la science de termes ambigus a été pour beaucoup dans la lenteur de leurs progrès.

Les termes de cécité psychique et de cécité verbale, opposés à ceux de surdité psychique et de surdité verbale actuellement employés, présentent, nous le reconnaissons, une symétrie que viendrait troubler le terme d'amnésie visuelle que nous proposons d'introduire dans la nomenclature. Aussi ce terme d'amnésie visuelle ne sera-t-il guère admis que quand celui d'amnésie auditive aura été justifié comme cause d'aphasie. Ce dernier nous paraît aussi logique que celui d'amnésie visuelle ; l'amnésie auditive peut devenir cause d'aphasie comme l'amnésie visuelle, sans qu'il soit nécessaire

de restreindre la question à la seule surdité verbale, comme le font les auteurs.

Cécité psychique, *Seelenblindheit* des Allemands, signifie littéralement : état pour l'âme d'être aveugle. Or est-ce là le trouble qui se produit dans les cas que nous considérons ici ? Il survient dans la cécité corticale ; dans celle-ci le malade non seulement ne comprend pas, mais il ne voit pas.

Dans la cécité psychique des auteurs, quand est réalisé ce trouble que nous proposons d'appeler amnésie visuelle, les malades continuent à voir (avec la totalité ou une partie seulement de leur champ visuel, étant donnée la fréquence, on pourrait dire la coexistence habituelle de l'hémianopsie). Ils voient, la preuve c'est qu'ils saisissent les objets et les regardent, les tournent et les retournent en tous sens, ils ne sont donc pas aveugles comme le mot de cécité tendrait à le faire croire.

Ce qui leur manque, c'est de comprendre ce qu'ils voient, de concevoir l'usage des objets qu'ils ont entre les mains. Or, pour comprendre, il faut avoir des connaissances antérieures qui guident l'évolution de la pensée et jalonnent à l'esprit la route qu'il doit suivre. Il faut se souvenir, avoir la mémoire. Or si la conception manque, ainsi que les observations le prouvent, c'est qu'il y a absence de mémoire, amnésie, et si c'est la mémoire des images visuelles qui seule fait défaut, ce sera une amnésie visuelle, sans dire pour cela qu'il n'y ait pas une perception parfaite des choses vues actuellement.

Mais cette vision actuelle que n'exclut pas le terme amnésie visuelle, comme le fait à tort celui de cécité, n'est pas reliée à la chaîne des acquisitions optiques antérieures et demeure ainsi sans résultats utiles pour la compréhension. N'est-il dès lors pas logique d'appeler amnésie visuelle, un trouble qui consiste dans la perte de la mémoire des choses vues et non dans la perte de la vue elle-même ?

Quant au qualificatif psychique donné à la cécité des choses, est-il bien justifié, peut-on le conserver sans maintenir un nouvel élément d'erreur dans une nomenclature déjà si compliquée ?

Ψυχη veut dire âme, c'est-à-dire principe immatériel de la vie, ensemble des facultés morales et intellectuelles. Sans vouloir ici discuter l'existence de l'âme, nous verrons plus loin qu'il y a lieu d'admettre des cas de cécité dans lesquels, à meilleur titre qu'ici, l'âme peut et doit seule être invoquée comme cause déterminante.

Nous entendrons parler alors, sous le nom de cécité psychique, de cette cécité spéciale que l'on ne rencontre que chez les hystériques, ou dans l'état de suggestion mentale ; cécité qui existe indépendante de toute cause matérielle. Mais il nous paraît faux d'attribuer ce qualificatif de psychique à un trouble qui dépend souvent de lésions parfaitement constatables, sinon toujours identiques, ou tout au moins apparaît comme le retentissement de lésions lointaines.

Nous réserverons donc le terme de psychique pour les troubles où l'intervention de l'âme peut seule être invoquée : pour la cécité et l'amnésie psychique. Si nous les décrivons plus loin comme causes d'aphasie, ce sera pour montrer la différence qui existe entre ces termes, tels que nous les comprenons et tels que les ont entendus les auteurs.

Au double desideratum, contradictoire en apparence, de précision plus grande que celle des termes employés jusqu'ici, d'ampleur quand on considère les cécités comme causes d'aphasie, nous croyons avoir satisfait par la dénomination d'*amnésie visuelle* que nous proposons d'employer. Elle offre le double avantage : 1° de désigner la perte de la mémoire visuelle comme cause véritable de l'absence de conception ; 2° d'embrasser d'une façon générale tous les genres de mémoire visuelle, qu'on pourra spécifier à l'aide d'un déter-

minatif, comme amnésie visuelle des mots, des choses, des couleurs, des dimensions, etc. Ces amnésies peuvent devenir toutes, bien qu'à des titres différents, causes d'aphasie.

On nous objectera que ce terme d'amnésie visuelle n'est pas nouveau, qu'il n'est que la restauration de l'ancien terme amnésie verbale, dont le procès est fait depuis longtemps et qui a disparu du langage médical, depuis l'apparition de la théorie qui répartit entre autant de mémoires partielles, l'ancienne mémoire des mots. Le terme d'amnésie verbale n'a plus de sens, depuis qu'il est admis que le mot n'est rien par lui-même, sinon la réunion de plusieurs éléments : visuel pour le mot lu, acoustique pour le mot entendu, moteur pour le mot parlé ou écrit. Au contraire, le terme d'amnésie visuelle des mots indique bien que c'est la perte de la mémoire visuelle des mots, et de cette mémoire seule, que l'on a en vue.

C'est aussi l'opinion de Déjerine¹ qui admet la conservation du terme amnésie verbale, accompagné du qualificatif sensoriel. En effet, comme il le dit, « dans le cas où les centres des deux mémoires visuelle et auditive seraient altérés, il n'existerait pas davantage d'amnésie verbale ; elle existerait pour la vue et l'ouïe, mais le malade pourrait encore avoir la notion de la valeur des mots, rien que par son sens musculaire, et l'on pourrait avoir aussi bien une mémoire tactile et musculaire verbale, tout comme on a une mémoire visuelle verbale ».

Le terme amnésie verbale visuelle, nous le savons, a été employé par Ballet², d'après les théories de Charcot. Mais par le terme d'amnésie verbale visuelle ou auditive, ces auteurs n'entendaient désigner que le premier degré d'affections

1. Déjerine, *Semaine médicale*, 1884, n° 47, p. 449.

2. V. Ballet, *loco cit.*, p. 103.

qui, portées à leur summum, constituent la cécité ou la surdité verbale. « Ainsi quand l'idée étant présente, dit Charcot, on ne peut évoquer soit l'image visuelle, soit l'image auditive du mot qui doit la caractériser, on dira qu'il y a amnésie verbale visuelle dans le premier cas, auditive dans le second. » Mais quand l'effacement des images visuelles est absolu et quand l'impression visuelle extérieure est elle-même impuissante à les raviver, ces auteurs admettent qu'il y a cécité verbale pour les mots, ou cécité psychique, quand il s'agit d'une chose.

Pour nous, il ne nous paraît pas prouvé que la cécité verbale ne soit qu'un degré plus avancé de l'amnésie visuelle verbale, comme le pense Charcot. Pour être vraie, cette théorie devrait pouvoir s'appliquer à la cécité psychique (amnésie visuelle des choses). Dans cette hypothèse, les malades devraient perdre d'abord les images visuelles de souvenir et à un degré plus avancé la mémoire de la signification des objets qu'ils ont sous les yeux. Or c'est précisément l'opposé que nous trouvons dans une observation empruntée à Wilbrand. (V. obs. n° III). La malade peut décrire les sites qu'elle a vus autrefois, parcourir par la pensée, grâce à la vision mentale, les rues de la ville ; mais s'y trouve-t-elle en réalité, elle ne s'y reconnaît plus, tout lui paraît étranger. L'amnésie visuelle des choses n'existe ici qu'au degré supérieur et le trouble qui correspondrait au degré inférieur de Charcot n'existe pas toujours. Au contraire, c'est en fermant les yeux que la malade parvient à s'orienter, à indiquer le chemin qui conduit d'un point à un autre. La réalité, au lieu de raviver les images de souvenir optique, les trouble. Cette observation, si contraire qu'elle puisse paraître à la marche admise jusqu'à ce jour, dans la destruction de la mémoire visuelle, méritait d'être relevée. Nous la citons plus loin *in extenso* à propos de l'amnésie visuelle.

CHAPITRE IV.

DE L'AMNÉSIE VISUELLE EN GÉNÉRAL.

Étant admis que sous le terme général d'amnésie visuelle, nous comprendrons les troubles décrits par les auteurs sous les noms de cécité psychique et de cécité verbale, recherchons comment l'amnésie visuelle peut provoquer l'aphasie.

L'amnésie visuelle peut exister à la fois pour toutes les images du souvenir optique, ou bien porter isolément sur les objets ou sur les signes du langage ; du moins les auteurs l'ont-ils admis, en basant leurs divisions sur ce fait. Nous verrons que bien souvent, avec les symptômes d'amnésie visuelle des mots, coïncident ceux d'amnésie visuelle des choses. On se demande dès lors pourquoi établir une distinction aussi absolue, qui ne peut guère se démontrer.

Analogie du mot et de la chose. — La nature du mot et de la chose¹, le mode d'acquisition de la mémoire des mots et des choses, suffisent-ils pour justifier absolument la différence fondamentale qu'on établit entre la perte de leurs mémoires respectives, et sur laquelle on se base pour établir certaines variétés d'aphasie ?

Pour ce qui est de leur nature, quand on songe aux transitions qui ont sans doute mené des onomatopées des peuples primitifs à notre langage articulé, au passage de l'écriture

1. V. Bernheim, *Contribution à l'étude de l'aphasie. Revue de Médecine*, 1885, p. 637.

idéographique, suite elle-même des hiéroglyphes, à nos caractères phonétiques, peut-on admettre, comme on le fait, une différence aussi tranchée entre la chose et le mot écrit qui la désigne; l'un ne serait-il pas au fond la résultante finale d'une série de simplifications et de transformations de l'autre? Le mot écrit ne devient-il pas, à un moment donné, une chose, quand il est reconnu entre beaucoup d'autres, par certains malades atteints d'amnésie visuelle des mots presque complète? Pour eux, le mot, avec ses lettres de formes différentes, constitue presque un dessin qu'ils reconnaissent au même titre qu'une maison, un cheval dessiné. S'ils reconnaissent leur propre nom de préférence à d'autres mots, c'est comme étant celui qu'ils ont vu le plus souvent et dont leur mémoire visuelle a gardé l'image la plus nette.

Quant au mode d'acquisition des mémoires des choses et des signes qui les désignent, il paraît absolument identique; on fait appel aux mêmes artifices pour graver d'une façon machinale l'image visuelle du mot et celle de la chose dans les circonvolutions cérébrales encore vierges de l'enfant. Qui ne se rappelle les livres d'images élémentaires comme instruments d'éducation? Le mot, en gros caractères, y est placé au-dessous de l'objet qu'il représente, on le répète à satiété à l'enfant en lui montrant l'image. La mémoire auditive intervient, mais seulement pour faciliter l'impression, et renforcer l'impression visuelle simultanée du mot et de la chose qu'il représente. L'enfant, à ce moment, a par le fait deux images devant les yeux et souvent s'il reconnaît le mot, ce n'est pas en tant que mot, mais en tant qu'image.

S'il reconnaît le mot et le lit, il ne sait pas ce que ce mot désigne; tout comme en reconnaissant un cheval dessiné parmi d'autres animaux, il ne trouve pas toujours le nom qui désigne cet animal. A qui n'est-il pas arrivé, en apprenant à lire à un enfant, de le voir tout à coup tout fier, croyant avoir

bien lu un mot qui ne se distingue d'un autre que par quelques lettres intercalées, alors que, par le fait de l'habitude, il a cru reconnaître un mot autre que celui qu'il a sous les yeux ?

On le voit, le mot en lui-même pourrait n'être considéré que comme une image. Or l'image elle-même n'est que la représentation simplifiée d'une chose. Il ne manque à l'image que certains caractères pour constituer la chose elle-même ; l'image est une chose réduite à deux dimensions.

L'amnésie visuelle des mots (cécité verbale) ayant seule été considérée jusqu'ici comme cause d'aphasie, nous montrons d'abord comment elle la provoque ; nous rechercherons ensuite comment l'amnésie visuelle des choses, et enfin ces deux variétés réunies, le plus souvent pour ne pas dire toujours, peuvent déterminer l'aphasie.

Amnésie visuelle des mots. — Tout d'abord, il est évident que le domaine de l'amnésie visuelle des mots est beaucoup plus restreint que celui de l'amnésie visuelle des choses, étant donné qu'elle ne peut exister et être constatée que chez ceux qui savent lire. L'amnésie visuelle des mots peut provoquer l'aphasie de deux façons différentes.

D'après la théorie de Charcot, exposée plus haut, on sait qu'il existerait des sujets exclusivement visuels qui, en parlant, liraient mentalement leur pensée, se trouvant d'une façon normale et continue dans l'état de l'écolier qui, en récitant une leçon de grec, voit les mots imprimés et les énonce à mesure qu'il les lit. C'est là un phénomène assez rare ; en général, nous sommes auditifs, c'est-à-dire qu'en parlant nous répétons les mots que nous entendons mentalement.

Une des observations les plus importantes d'amnésie visuelle des mots, est due à M. Charcot ; elle est relative à un malade chez lequel existait simultanément une amnésie visuelle

des choses. Elle a été souvent citée et reproduite¹, aussi suffira-t-il de rappeler qu'elle a trait à un banquier de Vienne, d'une haute culture intellectuelle, et doué d'une mémoire visuelle des plus remarquables. Grâce à elle, il pouvait, pendant ses études classiques, réciter de longs passages en les lisant mentalement; plus tard, consulter tous ses livres de comptes, ses lettres d'affaires dont lui apparaissaient même les ratures, faire de longues citations de ses auteurs favoris en les lisant mentalement. Cette mémoire visuelle, si développée, il la perdit rapidement, au point d'être forcé de relire plusieurs fois à haute voix les phrases qu'il désirait retenir. Si, dans ce cas, il n'y a pas eu d'aphasie, c'est que la mémoire auditive a aussitôt suppléé la mémoire visuelle des mots, ce dont le malade se rendait parfaitement compte. Il avait nettement la sensation de l'audition intérieure précédant l'émission des paroles, sensation qu'il ne connaissait pas autrefois.

Les visuels, dont la mémoire auditive n'est que très peu ou point développée, se trouvent, la mémoire visuelle des mots venant subitement à manquer, sans moyens d'exprimer leur pensée; les idées existent, mais les images visuelles des mots étant absentes, les malades ne peuvent y faire appel; ils sont aphasiques. C'est là, pour nous, le vrai type d'aphasie causée directement par l'amnésie visuelle verbale.

L'amnésie visuelle des mots peut encore provoquer l'aphasie d'une façon indirecte, quand il s'agit de lire les mots. La variété d'aphasie ainsi provoquée correspond à la cécité verbale des auteurs; c'est la seule à laquelle puisse correspondre le terme de cécité employé, à tort selon nous, dans bien des monographies sur l'aphasie.

A vrai dire, l'aphasie n'existe pas dans ce cas, à moins que

1. Cette observation a paru pour la première fois in *Progrès médical*, n° 29, 1883, p. 568.

le sujet ne soit en même temps un visuel absolu. Sauf ce cas, on ne constatera l'aphasie que lorsque le malade mis en demeure de lire s'en trouve incapable. Il parle, trouve ses mots, comprend ce qu'on lui dit, peut écrire; mais quand il doit lire, il ne le peut; ou s'il peut lire, il ne comprend plus ce qu'il lit, les mots ne réveillent plus d'idées en lui, ce qui n'est qu'une variété du même trouble.

Comme dans le cas précédent, le malade est atteint d'amnésie visuelle des mots; seulement, ici, ce sont les impressions extérieures qui sont impuissantes à réveiller les images visuelles des mots complètement effacées dans les couches corticales.

Remarquons en passant que les mots écrits sont plus facilement reconnus que les mots imprimés. On explique ce fait consigné dans plusieurs observations citées par M^{lle} Skwortzoff¹, en disant que l'association entre les images visuelles des mots écrits et les images motrices graphiques des mêmes mots est beaucoup plus intime. On sait, en effet, que souvent les aphasiques, faisant momentanément appel à leur mémoire motrice graphique, parviennent à lire le mot écrit en exécutant en même temps avec le doigt les mouvements graphiques nécessaires pour tracer le mot. L'aphasie ainsi provoquée pendant la lecture par la perte de la mémoire visuelle des mots, affecte tous les degrés, depuis l'impossibilité de lire les mots les plus simples, jusqu'à la perte de la mémoire visuelle de quelques mots seulement.

Il peut arriver qu'un sujet atteint d'amnésie visuelle des mots, ne pouvant lire l'écriture, on le regarde comme atteint d'aphasie motrice; car, dans ce cas aussi, il serait incapable de lire à haute voix, ayant perdu la mémoire de l'articulation des mots, tout en comprenant ce qu'il lit. Mais dans ce cas

1. Skwortzoff, *loco cit.* Obs. n° VII, p. 47. Obs. n° XII, p. 64, due à Westphal.

le diagnostic différentiel est aisé, quand on peut constater que le malade se conforme au sens de ce qu'il lit.

Les exemples d'amnésie visuelle des mots, décrits sous le nom de cécité verbale, commencent à être assez nombreux dans la science. Nous en avons relevé : 10 dans la thèse de Bernard, 7 dans celle de Crouigneau, 14 dans celle de M^{lle} Skwortzoff. Faisons remarquer toutefois que, dans ces cas, la cécité verbale n'était pas isolée ; le plus souvent des symptômes de cécité des choses lui étaient associés.

Amnésie visuelle des choses. — Après avoir insisté sur l'extension du terme amnésie visuelle, et l'utilité qu'il y a d'embrasser ainsi les dénominations trop exclusives de cécité psychique et de cécité verbale, nous avons décrit dans un chapitre spécial le rôle de l'amnésie visuelle des mots dans l'aphasie.

Il était inutile, pensera-t-on, de prétendre généraliser la question, pour retomber aussitôt dans les défauts de l'ancienne classification que nous prétendons modifier. Si nous n'avons pas craint d'encourir cette critique, c'est pour pouvoir montrer que l'amnésie visuelle des mots, telle que l'ont envisagée les auteurs, n'entre que pour une proportion restreinte dans la genèse des aphasies par amnésie visuelle.

L'amnésie visuelle des choses, ou plutôt l'amnésie visuelle en général est, elle aussi, une cause d'aphasie et une cause plus importante que la seule amnésie visuelle des mots. Elle correspondrait à la cécité psychique des auteurs, c'est-à-dire comme l'a établi Crouigneau, à la perception des objets, avec perte de leur conception. S'il a été admis que la cécité verbale, mettant les sujets qui en sont atteints dans l'impossibilité de lire, est une cause d'aphasie, il semble bien plus logique encore d'admettre que l'amnésie visuelle des choses qui met les malades dans l'impossibilité de reconnaître les objets

qu'ils ont devant les yeux, ou de se rappeler ce qu'ils ont vu, doive être une cause d'aphasie.

Qu'est-il survenu par exemple chez la malade qui fait le sujet de l'observation suivante ?

OBSERVATION N° I (CROUIGNEAU)¹.

Hémiplégie gauche. — Amnésie visuelle. — Aphasie.

Nous résumons les points principaux de cette observation :

M^{me} A..., 44 ans, d'un tempérament très nerveux, toujours malade, négligeait son ménage depuis quelques mois, et avait pris un caractère fantasque. En novembre 1882, étant couchée, elle eut une sorte de vertige.

Le 6 avril 1883, elle fut prise d'un ictus apoplectiforme qui la fit tomber sans connaissance et à la suite duquel il y eut de l'hémiplégie.

Après quelques jours, ces accidents disparurent, mais la malade éprouvait une grande difficulté à s'exprimer ; ses paroles s'embrouillaient et, malgré tous les soins, sa santé ne se rétablissait pas ; elle entre à l'asile Saint-Yon le 24 juillet 1883.

Le jour de son entrée la malade est dans l'état suivant : Constitution débilitée, athérôme artériel ; faiblesse des membres inférieurs. Mémoire assez exacte. Elle répond bien à toutes les questions qui lui sont posées, raconte elle-même et sans se faire prier ce qui lui est arrivé, mais refuse énergiquement de dévoiler le traitement qu'elle a fait suivre à sa petite fille atteinte de fièvre typhoïde.

Les organes des sens présentent leurs allures normales. La parole, profondément altérée, est lente, tremblée comme dans la paralysie générale ; la malade ne peut pas parler aussi vite qu'elle le voudrait...

Le lendemain, la malade a un nouvel ictus : « O ma, ma tête ! » s'écrie-t-elle, et elle tombe sans connaissance ; face pâle, respiration irrégulière, convulsions épileptiformes sans prédominance

1. Thèse de Crouigneau, p. 71. Obs. pers. de Crouigneau, n° VII.

d'un côté ou de l'autre ; pas de paralysie faciale, mais hémiplegie de tout le côté gauche. La malade a une série d'attaques : 10 dans la journée, 3 ou 4 dans la nuit.

Le 26, la malade a le regard vague, perdu dans le vide. Elle voit un peu, car si on passe lentement la main ou un livre devant ses yeux, elle les suit du regard, mais elle n'a qu'une notion très vague de leurs contours, de leur situation dans l'espace. Elle ne reconnaît généralement pas ce qui frappe son regard. A part une montre qu'elle nomme bien, elle regarde un coupe-papier, un crayon, un livre, réfléchit longtemps, balbutie quelques syllabes incompréhensibles, mais ne peut en donner le nom.

La sensibilité est conservée, le goût et l'odorat ne sont pas modifiés. L'ouïe est intacte ; la malade entend tout ce qu'on dit, essaye de répondre aux questions qu'on lui fait. Les conceptions sont très lentes ; il faut insister à plusieurs reprises pour fixer son attention sur quoi que ce soit.

Le 27 juillet, on présente une clef à la malade, elle la regarde bien ; on lui demande comment cela s'appelle, elle répond à plusieurs reprises : « Attendez, je vais vous le dire », mais il lui est impossible de trouver le mot qu'elle cherche.

Le 28, aucune amélioration. Les troubles persistent avec la même intensité. On lui fait voir une montre, elle répond que c'est un morceau d'étoffe ; on lui présente un crayon, elle dit que c'est une pipe. Même manque de précision pour saisir ce qu'elle voit.

Le 29, changement à vue. L'esprit est plus vif ; la malade cause sans se faire prier ; elle voit bien mieux, ne tâtonne presque plus pour prendre ce qu'elle veut, nomme de suite les objets qu'elle n'avait pas reconnus la veille, une clef par exemple. Seuls les troubles de la parole persistent avec un certain état d'incohérence.

La mémoire fait presque complètement défaut : il est impossible à la malade de dire son âge, l'année courante, s'il y a longtemps qu'elle est à l'asile. Les jours suivants, l'état de démence persiste, les idées de satisfaction prédominent.

L'état général étant satisfaisant, la malade quitte l'asile le 31 octobre.

Cette malade voit, elle suit les objets du regard dès qu'ils entrent dans son champ visuel, qui ne semble limité d'aucune part, mais ne les reconnaît point. Un livre, un crayon, un couteau, dont assurément autrefois elle connaissait le nom et l'usage, lui étant présentés, elle les regarde, réfléchit ou paraît réfléchir longtemps, puis balbutie quelques syllabes incompréhensibles, mais ne peut les nommer. Une clef lui étant montrée, elle la considère et quand on lui en demande le nom, répond à plusieurs reprises : « Attendez, je vais vous le dire » sans pouvoir y arriver. Prononce-t-on devant elle le mot de clef, elle nous regarde et sourit. L'ouïe est intacte, la malade entend très bien tout ce qu'on lui dit, essaie de répondre aux questions ; sensibilité, goût, odorat, sont conservés, la vue seule est en jeu.

Il est évident que la malade ne trouve pas le nom de l'objet qu'elle voit, ne peut pas en indiquer l'usage, car elle a perdu la mémoire visuelle de l'objet ; c'est une aphasique, à aussi juste titre que le malade qui ne peut pas lire une phrase écrite ou un imprimé. On est en droit de se demander ici pourquoi les auteurs ne s'occupent que peu ou point de ce mode de production d'aphasie, et pourquoi, n'envisageant que les troubles sensoriels de la vision ou de l'audition qui portent sur les signes conventionnels du langage, ils ne reconnaissent comme causes d'aphasie que la cécité et la surdité verbales. Pour Crouigneau, par exemple, la vision mentale ne joue un rôle dans l'aphasie qu'en tant que vision mentale des signes comme éléments du langage, de même que la surdité mentale n'intervient qu'en tant que surdité mentale des signes, c'est-à-dire, pour les deux cas, dans une mesure très restreinte.

Dans le cas particulier, comment expliquer cette impuissance de la malade à nommer la clef qu'on lui montre, alors qu'il est certain qu'elle en a déjà vu beaucoup et qu'elle a

souvent entendu le mot clef? On ne peut l'attribuer qu'à une perte de la mémoire, c'est-à-dire à une amnésie visuelle des choses. C'est la perte de la mémoire des objets semblables, vus antérieurement, qui est cause de l'aphasie; l'image de cette clef ne peut plus réveiller le souvenir des images antérieures que la vue d'une série de clefs avait accumulées dans les cellules corticales, et dès lors la malade voit cette clef comme elle verrait un objet nouveau, inconnu. Les perceptions existent, car les malades fixent les objets et les suivent du regard quand on les déplace, mais ces perceptions restent sans valeur pour la conception, car elles ne sont pas reliées à des perceptions antérieures.

Cette amnésie visuelle des choses (cécité psychique des auteurs) est encore relativement peu connue; son rôle comme cause d'aphasie n'a guère été étudié. Les observations en sont peu nombreuses. Crouigneau ne pense pas qu'il faille attribuer leur rareté à ce que l'attention n'aurait pas été appelée sur ce symptôme. Sur 23 cas de paralysie générale qu'il observa à l'asile Saint-Yon, il ne rencontra qu'un seul cas d'amnésie visuelle des choses (cécité psychique). Stinger attribue cette rareté à la difficulté de recueillir des observations rigoureuses, étant donné un certain affaiblissement de l'intelligence, qui coïncide souvent avec ces troubles qui ne sont que passagers.

La cécité psychique, telle que l'ont définie les auteurs, est rare, comme variété spéciale et bien caractérisée, ayant son étiologie, ses symptômes, ses localisations spéciales; nous verrons que l'amnésie visuelle, telle qu'elle devrait être comprise, est plus fréquente que les observations recueillies ne tendraient à le faire croire.

OBSERVATION N° II (M. BERNHEIM).

Hémiplégie droite. — Amnésie visuelle complète. — Aphasie.

Roth Fr. . . . , 56 ans, journalière, entrée à la clinique de M. le professeur Bernheim, le 22 décembre 1886.

Pas d'antécédents morbides.

Sept jours avant son entrée à l'hôpital la malade a eu pendant la nuit une indigestion ; elle s'est plainte, deux jours après, de douleurs localisées dans le creux axillaire droit. Le lendemain, son mari, en rentrant chez lui, constata qu'elle ne pouvait plus se servir de son bras droit et était absolument incapable de répondre aux questions qu'on lui adressait.

État actuel. — Physionomie hébétée ; déviation peu marquée des traits ; la malade ne peut donner que la main gauche ; les réflexes tendineux existent, mais sont diminués. Il existe une analgésie double. — La malade ne répond aux questions ni par gestes, ni autrement ; elle comprend quand on lui demande de tirer la langue, mais ne peut le faire et se borne à ouvrir la bouche. Elle cherche à prononcer la voyelle A quand on la prononce devant elle, mais n'y arrive pas.

Au commencement de janvier 1887 l'aphasie persiste toujours. Pourtant la malade, à force d'efforts, arrive quelquefois à prononcer quelques voyelles. La paralysie et l'analgésie persistent. Quand la malade fait des efforts pour parler, elle arrive à dire « Uss », et répète plusieurs fois cette syllabe.

Quand on lui met un objet à la main : un couteau, une clef, et qu'on lui demande la manière de s'en servir, elle regarde l'objet et dit « Uss ».

Elle entend, mais ne se rend pas compte de ce qu'on lui dit. Si quelquefois elle paraît sensible aux paroles de reproches pour certains faits répréhensibles, en général elle ne paraît pas concevoir nettement ce qu'on lui dit.

La malade ne sourcille pas quand on lui approche la pointe d'un couteau de la langue ou des yeux. Répétée cinq jours après, cette expérience n'amène pas d'autre résultat ; de même, quand

on fait mine de lui couper la jambe, elle ne réagit pas. On peut approcher une allumette enflammée de sa bouche ou de ses yeux sans qu'elle fasse un mouvement.

Elle ne reconnaît aucun objet et porte indifféremment à sa bouche tous ceux qu'on lui met en main : des ciseaux, un trousseau de clefs, un crayon ; dans le nombre se trouvent une cuiller et un biscuit. De même quand on place divers objets devant elle elle les prend au hasard sans pouvoir en déterminer l'usage.

En avril, l'aphasie et l'hémiplégie persistent au même degré. La malade ne sait pas se servir d'une clef placée dans sa main ; elle porte une allumette à sa bouche, mais recule toutefois quand elle voit le feu. Le membre supérieur droit est contracturé, on peut l'étendre mais sans pouvoir lui imprimer les mouvements de flexion ni de pronation.

28 avril. — En s'adressant à la malade dans sa langue maternelle, il semble qu'elle comprenne pendant quelques instants ce qu'on lui dit : on lui demande si elle s'appelle Roth Fr. . . . , elle remue la tête dans le sens vertical, en disant comme toujours « Uss, uss », à la contre-épreuve, en lui donnant un autre nom, elle remue la tête dans le plan horizontal. Elle fait de même le signe d'assentiment pour le nom vrai de sa rue prononcé devant elle, puis de négation pour un autre nom.

2 mai. — La physionomie de la malade s'anime un peu en revoyant une personne qu'elle n'avait plus vue depuis quelques jours. Ce jour-là, la vue des ciseaux ouverts lui fait peur, et le geste de lui couper la première phalange avec cet instrument l'effraie, son visage prend une expression anxieuse. De même la vue des ciseaux brusquement approchés de sa face à plusieurs reprises l'épouvante, elle se rejette en arrière et retient fortement le bras qui tient l'instrument. L'approche brusque d'une cuiller l'inquiète moins. Enfin on place devant elle une série d'objets : un trousseau de clefs, une cuiller, un œuf, une paire de ciseaux, on lui dit plusieurs fois de suite de prendre l'œuf, et elle le prend sans hésiter, déplaçant même les objets qui se trouvaient placés au-dessus.

13 mai. — La malade paraît mieux reconnaître les objets, elle trouve sans hésiter les ciseaux, une brosse, une cuiller, elle retrouve plusieurs fois de suite les ciseaux, hésite pour la brosse, se trompe et prend les ciseaux, mais retrouve la brosse quand on

répète la question avec plus d'insistance. Elle ne peut indiquer l'emploi d'aucun de ces objets, si ce n'est de la cuiller qu'elle porte à la bouche, encore ce mouvement automatique n'est-il pas concluant. — Elle n'a donc pas la mémoire de la signification des choses, bien que sachant quelquefois les retrouver quand on les lui nomme.

Cet état se maintient stationnaire pendant plusieurs mois. En octobre, la malade est toujours incapable de distinguer une clef d'une cuiller ou d'une fourchette placées sur son lit. On constate pourtant qu'elle reconnaît son verre, car elle le saisit sur une table placée à côté d'elle; quand elle a faim elle étend sa serviette sur son lit et prend sa cuiller placée dans son tiroir. Enfin le bassin étant placé à sa portée, elle le prend quand elle en a besoin. Ces quelques actes semblent indiquer une persistance ou une rééducation de la mémoire visuelle des choses.

En octobre 1887 la malade est toujours dans le même état.

C'est bien là, nous semble-t-il, un cas d'amnésie visuelle absolue; les objets capables de provoquer l'épouvante (un des mobiles qui conservent le plus longtemps leur efficacité chez l'homme) ne sont plus reconnus par la malade. Elle ne manifeste aucune frayeur à l'approche d'un couteau promené devant ses yeux et ne recule que sous l'impression de la douleur produite par la pression de ciseaux ouverts. Dans l'observation III de Crouigneau¹, tout se passe de même: le patient voit le feu, les épingles qu'on approche de son œil, mais ne s'en rend compte que lorsqu'il est piqué, ou plutôt il ne s'en rend pas compte, et s'il recule, c'est uniquement pour éviter la douleur.

Variétés d'amnésie visuelle des choses. — Ces cas d'amnésie visuelle complète sont relativement rares; le plus souvent l'amnésie visuelle n'est que partielle et porte sur une fraction plus ou moins considérable d'images visuelles. Mais

1. Crouigneau, *loco cit.*, p. 57. Observ. n° III

dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'établir suivant quel ordre elle se produit, tout comme il est difficile de montrer s'il y a concordance absolue entre la disparition de tels ou tels groupes d'images visuelles; en un mot, une classification méthodique est impossible. Tout au plus pouvons-nous chercher à grouper les images visuelles dont on constate le plus souvent la disparition.

En général, l'amnésie visuelle porte de préférence sur la topographie, la direction, les chemins suivis. Les malades sont incapables d'indiquer les routes qu'ils ont parcourues ou auraient à parcourir pour aller d'un point à un autre; ce qui peut tenir en partie à une lacune de notre éducation sensorielle, à la difficulté qu'ont, même à l'état normal, la majorité des personnes à se bien orienter. Très souvent, l'amnésie visuelle porte sur les édifices, les objets inanimés qui entourent le malade et servent à son usage. Parmi ceux-ci, ce sont les objets dont le malade ne se sert que rarement qu'il aura le plus de peine à reconnaître et qui ainsi révéleront les premiers son amnésie visuelle et, par suite, son aphasie. Ceci toutefois n'est pas absolu; il est difficile d'expliquer pourquoi les malades peuvent, parmi les objets usuels, nommer les uns de préférence aux autres, ou nommer des objets dont ils se servent rarement et ne pas trouver le nom de leurs aliments.

Les malades trouvent toujours le nom des objets après en avoir reconnu l'usage, souvent après l'avoir trouvé ils désignent l'objet en forgeant un substantif à l'aide du verbe qui en indique l'usage.

Parfois l'amnésie visuelle porte sur les couleurs, que les malades ne peuvent plus se représenter. Le malade observé par Charcot¹, tout en sachant qu'il existe par exemple une

1. V. Charcot, in *Progrès médical*, n° 29, 1883, p. 568.

couleur noire, ne peut plus la trouver, ni se la représenter. Notre malade qui fait le sujet de l'observation IV présentait des symptômes d'amnésie visuelle des couleurs. D'autres fois, les malades ne peuvent plus reconnaître les formes, les dimensions; le même malade de Charcot avait beaucoup de peine à se représenter une tour, une arcade, un profil d'homme, à peine pouvait-il les dessiner.

Enfin l'amnésie visuelle porte souvent sur les personnes : tantôt sur celles qui sont étrangères au malade, comme dans le cas de Wilbrand où, en voyant dans la rue un voiturier assis sur son char, la malade ne pouvait plus concevoir ce que signifiait cet être bizarre; tantôt les malades ne reconnaissent plus les personnes de leur famille ou de leur entourage immédiat, leur femme, leurs enfants, leur médecin; bien plus, le malade peut ne plus se reconnaître lui-même et se prendre pour quelqu'un d'autre; les cas cités par Charcot et Wilbrand sont des exemples de ce fait, l'un des plus étranges de l'amnésie visuelle.

On pouvait penser jusqu'à présent qu'étant donnée la nécessité de la persistance des conceptions antérieures pour permettre la conception actuelle d'une chose, il devrait en résulter que la non-reconnaissance des objets mis actuellement sous nos yeux serait l'indice certain de l'effacement des images de souvenir optique antérieurement acquises.

Une observation due à Wilbrand, citée par lui dans son ouvrage¹, ne paraît pas confirmer cette manière de voir. C'est la seule aussi nette jusqu'à présent connue; elle est, croyons-nous, inédite en France, aussi en rapportons-nous ici tout ce qui a trait à notre sujet.

1. Wilbrand, *Die Seelenblindheit als Herderscheinung und ihre Beziehung zur Alexie und Agraphie*. Wiesbaden, 1887, p. 51.

OBSERVATION N° III (WILBRAND).

Troubles de la mémoire visuelle. — Perte de la faculté de reconnaître les objets. — Inversion de la mémoire. — Perte de la notion de temps avec conservation de l'intelligence.

M^{lle} G..., 63 ans, demeurant à Hambourg, très intelligente, n'a jamais été malade et a toujours joui d'une bonne vue. Le 8 mars 1881, en se levant, et sans aucun prodrome, elle perd connaissance pendant plusieurs heures.

Revenue à elle, la malade se trouve dans un état étrange : elle ne reconnaît plus son médecin, aussi est-elle considérée comme aveugle par sa famille, ce qui, dit-elle, n'est pas, car elle reconnaît la forme et la couleur des objets qui l'entourent. Elle n'a ni surdité verbale, ni paralysie. Son champ visuel est très diminué, elle ne voit que les objets placés directement devant elle et en haut. Elle est atteinte d'une hémianopsie gauche qui a persisté depuis lors.

Quand, après un séjour au lit de plusieurs semaines, la malade put sortir, elle s'aperçut qu'elle ne reconnaissait plus les rues, les places, les monuments de sa ville, où tout lui paraissait étranger, au point qu'elle était incapable d'y retrouver son chemin.

Le 10 novembre 1885 on constate l'état suivant : La parole est claire, correcte ; la malade peut rédiger par écrit une courte histoire de sa maladie. La mémoire des dates a disparu, ainsi que le souvenir de certaines périodes de sa maladie.

Douée d'une imagination très vive, la malade peut encore se représenter les images visuelles qu'avaient fait naître chez elle les légendes de son enfance. La malade peut lire couramment l'écriture ou l'impression ; elle écrit facilement sous la dictée. Depuis sa maladie elle pense haut, et prétend exprimer plus facilement sa pensée par l'écriture que par la parole.

Bien qu'élevée à Hambourg, il lui est impossible de s'y retrouver. Arrivée dans certaines rues, elle peut se rappeler les personnes qui y demeurent, mais serait incapable de trouver les autres rues qui y aboutissent. Elle est absolument incapable d'expliquer la direction à suivre pour se rendre d'un point à un autre, s'oriente

mieux quand elle ferme les yeux. « Tout est alors comme autrefois, dit-elle, la réalité (c'est-à-dire la vue de ce qui m'entoure) me trouble, je vis mieux en idée qu'en réalité. »

En général, la plupart des impressions qu'elle a éprouvées pendant son enfance sont restées très vivantes dans l'esprit de la malade. « Je puis très bien, dit-elle, me promener en esprit à Hambourg, mais quand, en réalité, je suis dans la rue, je ne sais comment sortir d'une rue pour entrer dans une autre. Tout ce que je vois, même les meubles de ma chambre, que pourtant je vois très nettement, revêt un caractère étrange. A en juger par ma situation, l'homme voit avec le cerveau beaucoup plus qu'avec les yeux qui ne sont que l'organe visuel ; car je vois toutes choses d'une façon claire et nette, mais sans les reconnaître, et sans savoir souvent ce qu'elles doivent être.

« Bien plus je ne me reconnais pas dans un miroir, je ne puis comprendre que l'image que je vois soit la mienne, bien que l'on prétende que je n'ai point changé... »

La malade est frappée de la finesse et de la puissance qu'ont acquises chez elle les impressions auditives. « Je puis me représenter, dit-elle, le son de la voix et l'accent de ceux qui viennent me voir, et puis, d'après cela, facilement les reconnaître. »

Les impressions fournies par d'autres sens réveillent promptement chez la malade les images visuelles correspondantes. Ainsi, les yeux étant fermés, l'image d'une lampe lui est suscitée par l'odeur du pétrole, l'image d'un crayon par le toucher d'un crayon qu'on lui remet entre les mains.

« La notion du temps, dit la malade, me fait complètement défaut ; ce qui est arrivé il y a 10 minutes m'apparaît comme s'étant passé il y a 3 heures, ou plus longtemps encore. »

La malade se plaint encore d'un état qu'elle désigne sous le nom « d'inversion de la pensée ». Il lui arrive souvent, par exemple, de se représenter sa chambre à coucher comme étant la rue, et de se dire qu'il a été bien inutile de fermer un meuble qui s'y trouve, puisque, celui-ci se trouvant dans la rue, chaque passant peut l'ouvrir.

La malade chercha un jour pendant fort longtemps et en vain un vase de grand prix, elle ne le reconnut que quand on le lui eut montré, bien qu'il fût placé en évidence dans la pièce. Depuis

lors elle continua à le reconnaître. Ce fait se reproduisant pour d'autres objets, comme une lettre par exemple, elle dut réunir en une place spéciale tous les objets dont elle faisait un usage habituel ; faute de ce faire, elle était incapable de les retrouver, fussent-ils placés devant ses yeux.

Un traitement par la strychnine et l'arsenic en injections hypodermiques, de fréquentes promenades avec la recommandation d'observer très attentivement la direction suivie, amenèrent une amélioration.

En novembre 1885, la situation de la malade s'était notablement améliorée, bien que, dit-elle, elle ne semble mener qu'une vie mécanique. Le soir, avant de se coucher par exemple, la pensée lui vient de mettre en leur lieu et place les objets qui se trouvent dans une chambre ; en y pénétrant elle est tout étonnée de constater que tout est déjà parfaitement disposé et que la besogne a déjà été faite, sans qu'elle en eût le souvenir. Avant de s'endormir elle pense à ce qu'elle devra faire le lendemain et se représente parfaitement les voies et moyens pour y arriver. Mais, le lendemain venu, elle est incapable de réaliser ses projets.

Elle se représente parfaitement la configuration géographique d'un pays et le dessine assez exactement pour qu'on puisse le reconnaître. Elle reconnaît aussi les cartes d'un atlas géographique et retrouve les villes principales. Elle analyse les particularités d'un ouvrage illustré, mais sans pouvoir indiquer le récit auquel il se rapporte, bien que cet ouvrage lui fût connu.

Les objets placés dans la chambre de la malade cessent de lui paraître étrangers, elle indique exactement et rapidement leur nom sans les toucher ; quand on en place un grand nombre devant elle, elle présente celui qu'on lui dit de choisir parmi eux, puis elle indique leur nombre, sans en oublier un. Elle retrouve son chemin en ville et l'indique de mémoire, elle reconnaît les édifices devant lesquels elle passe, ainsi que les personnes qu'elle rencontre.

L'amélioration ainsi constatée se maintint depuis cette époque, interrompue toutefois par un retour passager de certains troubles : c'est ainsi que la malade est prise un jour subitement de vertiges, avec faiblesse dans les jambes, et tombe, sans toutefois perdre connaissance. Quatre jours plus tard, lorsqu'elle voulut lire, elle

s'aperçut que, tout en pouvant lire chaque mot isolément, elle était incapable de saisir le sens de ce qu'elle lisait. Cet état se prolongea pendant quelques jours, après lesquels il redevint ce qu'il était auparavant.

Cette observation, on le voit, met en opposition d'une manière frappante la possibilité que conserva la malade de se représenter par la pensée certaines images visuelles de souvenir, et l'impossibilité qu'elle éprouvait souvent à reconnaître des objets actuellement placés devant elle. Bien plus, il est intéressant de constater d'une façon aussi précise cette influence troublante des perceptions actuelles, qui, loin de raviver la mémoire visuelle, ne font que pervertir les données que celle-ci fournit à la malade.

L'aphasie sera la conséquence des diverses manières d'être de l'amnésie visuelle ; elle sera aussi grave pour le malade que l'aphasie de réception provoquée par la cécité verbale. Les manifestations de cette aphasie seront en rapport direct avec les groupes d'images visuelles plus spécialement atteintes par l'amnésie visuelle. L'aphasie ne sera, selon les cas, reconnue que grâce à un hasard qui révélera l'amnésie existant pour un groupe restreint d'objets ; dans d'autres cas, l'aphasie sera presque complète et le malade pourra à grand'peine se faire comprendre.

Quant à sa durée, l'amnésie visuelle des choses est souvent permanente ; d'autres fois elle se dissipe après un certain temps et cela de deux façons différentes : tantôt la fonction se restaure parce que le trouble dynamique qui a causé l'aphasie cesse d'exister après quelques semaines ; tantôt les malades récupèrent peu à peu le souvenir des images visuelles, parce qu'ils se sont créé de nouveaux centres de mémoire dans les circonvolutions corticales droites, quand c'est le cerveau gauche qui a été lésé. Cette mémoire partielle de création nouvelle reste d'ailleurs toujours restreinte.

Nous trouvons des preuves de cette rééducation dans nos observations n^{os} IV et VI.

Envisageons la coexistence de l'amnésie visuelle des choses avec celle des mots. S'il est des cas où l'amnésie visuelle des choses peut être facilement constatée, comme dans celui que nous venons de citer (V. obs. III), il en est d'autres où ses signes sont méconnus en faveur de ceux de l'amnésie visuelle des mots que seule on a recherchée et prise en considération.

L'analyse des observations d'aphasie par amnésie visuelle montre que dans bien des cas qualifiés de cécité verbale par les auteurs, il existe aussi des signes manifestes de cécité psychique : l'amnésie visuelle est donc générale, elle porte à la fois sur les mots et sur les choses, ce qui justifie encore le terme plus général d'amnésie visuelle que nous proposons.

Citons des faits à l'appui : sur 10 observations d'amnésie visuelle des mots, rapportés par Bernard sous la rubrique de cécité verbale, nous en relevons 4, où les malades offraient en même temps des signes d'amnésie visuelle des choses. Dans la thèse de Crouigneau, qui présente ses cas de cécité groupés selon les origines qu'il leur reconnaît, en cécité corticale, psychique et verbale, nous trouvons, parmi les 6 cas de cécité verbale, 3 cas où les cécités verbale et psychique sont associées. Nous mettons à part l'importante observation de Charcot, qui figure dans toutes les statistiques, et dont le malade présentait à la fois plusieurs variétés de cécité et partant des causes multiples d'aphasie.

L'analyse des 14 observations de M^{lle} Skwortzoff, relatives à des cas de cécité verbale avec aphasie et logoplégie, nous montre 5 cas d'amnésie visuelle des choses accompagnant la cécité verbale, pour laquelle seule ces observations sont citées. Inutile d'ajouter ici que nous avons recherché et écarté de cette statistique toutes les observations, et elles sont

nombreuses quand il s'agit d'étude de l'aphasie, qui sont citées par un auteur et reprises de confiance par les autres. Dans nombre de cas, on le voit, on est en présence des signes d'une amnésie visuelle, sans qu'on puisse spécifier avec rigueur la variété dans laquelle ils doivent être rangés. Si dans des séries d'observations présentées comme types de telle ou telle variété de cécité, on peut constater ainsi la coexistence fréquente des différentes variétés d'amnésie visuelle, on peut en inférer que si l'attention eût été appelée sur cette coexistence, le nombre des cas recueillis serait encore plus considérable, car on aurait songé à rechercher les signes de l'une et de l'autre.

S'il est des cas où l'amnésie visuelle des choses (cécité psychique) est bien évidente, par les lacunes qu'elle laisse dans la collection de nos souvenirs, il en est d'autres où elle peut au premier abord échapper à l'observation la plus attentive. Tel a été le cas pour le malade dont nous rapportons ici l'observation, et chez lequel l'amnésie visuelle des choses ne fut reconnue qu'après quelques jours.

OBSERVATION N° IV (M. BERNHEIM).

Hémiplégie gauche. — Amnésie visuelle incomplète. — Aphasie.

Nicolas Brel, 63 ans, jardinier, entre à la clinique de M. le professeur Bernheim, le 12 mai 1883.

Bien constitué, il a toujours joui d'une bonne santé, sans antécédents alcooliques, ni syphilitiques. Il est gaucher.

Le 4 mai, au soir, en revenant de son travail, il se sentit chanceler, fut obligé de se tenir au mur ; on dut l'aider à remonter l'escalier. Le lendemain : céphalalgie et faiblesse dans les deux membres du côté gauche ; il ne put se lever, bien qu'au lit il pût remuer son bras et sa jambe ; divagations, urines involontaires ; il est atteint d'une aphasie (sur laquelle nous reviendrons spécialement) avec une hémiplégie gauche incomplète.

Le 13 mai, on constate que l'intelligence est redevenue assez nette, la céphalalgie a cessé. Ces symptômes disparaissent graduellement, et le 18 juin, l'intelligence est définitivement lucide.

Le 15 juillet, le malade quitte l'hôpital pour y rentrer le 15 septembre, conservant toujours son aphasie. Depuis lors, il est resté au service dans un état à peu près stationnaire. A plusieurs reprises, il est pris d'attaques d'épilepsie, qui se reproduisent deux fois le 22 janvier, huit fois le 22 mai 1884, puis encore le 1^{er} mars et le 1^{er} mai 1885, époque depuis laquelle le malade ne peut plus du tout se lever.

Le diagnostic porté fut : hémiplegie avec hémianesthésie gauche, aphasie due à une amnésie visuelle incomplète, présentant des périodes d'amélioration passagère.

Chez ce malade, l'amnésie visuelle des mots était assez complète. En effet, il ne pouvait plus lire l'imprimé, ni l'écriture des autres, pas plus que la sienne propre. Il arrivait à tracer son nom, d'une façon défectueuse, il est vrai, mais ne pouvait se relire ; toutefois, quand on lui disait de désigner telle ou telle lettre parmi celles de son nom qu'il venait d'écrire ; il les retrouvait toujours, après quelques tâtonnements. Pendant quelque temps toutefois, il parvint à écrire correctement son nom et à relire son écriture.

Les dessins, pas plus que les mots écrits, n'étaient reconnus, c'est ainsi que parmi plusieurs dessins représentant une pipe, une tête, une maison, un carré, une croix, il ne reconnut que la tête et la croix. Mais en prenant soin de lui demander d'indiquer parmi ces dessins une pipe, une maison, il les reconnaissait aussitôt. — Comprenant bien toutes les questions qu'on lui adressait, le malade n'avait pas de surdité verbale.

Au cours de la conversation, qu'il soutenait du reste fort bien, il avait une certaine hésitation à trouver les mots, due à l'amnésie visuelle qui portait chez lui d'une façon très nette sur la plupart des objets. Si on lui en présentait un, il ne savait pas en dire le nom, ou le nommait à faux. Ainsi du pain était pour lui une salière ; un soulier et un verre : une barre ; un livre : une écorce pour faire de la tarte.

Toutefois il reconnaissait certains objets, tels qu'une chemise,

un bonnet. Dans la suite, il parvint à reconnaître du pain, un bouchon, une allumette.

Cette amnésie visuelle des choses fut constatée de mille façons différentes. Un objet lui étant présenté, il cherchait à en déterminer l'usage qu'il avait oublié aussi bien que le nom, et ne trouvait le mot qu'après avoir trouvé l'usage. Ainsi on lui présentait son bâton : « C'est pour marcher », disait-il, mais restait quelques instants avant de trouver le nom. On lui présente une montre, il dit : « J'ai le mot dans la bouche, je ne puis pas le dire. » Montrez comment on s'en sert : « C'est pour barrer », puis regardant il dit : « Il va être midi, c'est pour marquer les heures », et seulement après, il trouve le mot montre. Une sonnette lui ayant été présentée, il fit d'abord le geste de s'en coiffer et dit : « C'est une casquette », et ne la reconnut que quand on l'eut fait sonner.

Un petit peigne de poche lui ayant été présenté, il dit : « C'est des épingles », puis ayant fait le geste d'en passer les pointes à travers le drap de lit, il arriva à dire : « C'est pour démêler, un démêloir », mais ne trouva le mot que quand il eut vu un des assistants se servir du peigne.

Avec des ciseaux, il fit le geste de couper, puis dit : « C'est pour couper », mais ne put trouver le mot. Ce malade reconnaissait les cartes, carreau, pique, etc., mais ne pouvait en indiquer la valeur qu'après quelques tâtonnements, tout en désignant sans hésiter la plus forte dans un groupe de plusieurs cartes. L'amnésie visuelle portait aussi sur les couleurs ; il ne pouvait indiquer la couleur d'une feuille de papier bleu qu'on lui présentait, mais quand on lui demandait ce qu'il voyait quand il regardait le ciel, il répondait : bleu.

Cette amnésie visuelle n'intéressait pas seulement les objets réels, mais aussi les images de souvenir optique auxquelles il s'adressait ; ainsi, tout en ayant longtemps habité la ville de Nancy, il ne pouvait se rappeler la topographie des places, des rues qu'il avait l'habitude de traverser, pas plus qu'il ne pouvait indiquer les monuments qui s'y trouvaient.

Tous les symptômes d'amnésie visuelle que nous indiquons ici ont été vérifiés un grand nombre de fois par des interrogatoires répétés, qui toujours ont donné les mêmes résultats.

Tous ces symptômes d'amnésie visuelle persistèrent pendant

tout le séjour du malade à l'hôpital qui fut de deux ans ; entré le 12 mai 1883, il ne succomba que le 19 janvier 1885. Toutefois, dans les derniers temps, l'amnésie visuelle devint moins manifeste pour les choses, tout en restant plus accentuée pour les mots. Le malade finissait en général après un peu d'hésitation par trouver la signification et le sens des objets vus ; ce n'est qu'après les attaques épileptiformes dont il fut atteint, que cette mémoire visuelle devenait un peu confuse pendant un ou deux jours, pour se restaurer ensuite ; mais les phénomènes étaient alors plus difficiles à constater en raison d'une certaine torpeur intellectuelle.

Le 19 novembre 1884, le malade eut deux attaques successives, qui présentaient tous les caractères de l'épilepsie : convulsions cloniques de la face, trismus, écume, raideur de la nuque, etc., plusieurs autres attaques se succèdent dans le cours de novembre. Enfin le 19 janvier 1885, nouvelle série d'attaques avec convulsions généralisées ; elles se répètent coup sur coup pendant la nuit, et la mort survient dans le coma.

Autopsie. — Adhérences à la partie supérieure convexe du cerveau ; les méninges, épaissies par places, présentent un léger degré d'injection. Les circonvolutions frontales, temporales, le lobule de l'insula, les lobules pariétaux supérieur et inférieur, ne présentent aucune lésion ni à droite ni à gauche. Aspect de la base normal. Artères athéromateuses. A la partie postérieure de l'hémisphère droit (le malade était gaucher), on constate que tout le lobe occipital est affaissé et diminué de volume. En faisant des coupes, on constate :

1° Un petit foyer ancien, de couleur jaune ocreux, occupant exactement le genou de la capsule interne.

2° Un peu plus haut, au niveau de la couche optique (partie postérieure), on trouve un foyer de ramollissement ancien, d'aspect grisâtre.

3° Le lobe occipital droit, atrophié, offre dans son intérieur une cavité qui, distendue, a le volume d'une petite noisette ; ce foyer occupe tout l'espace triangulaire (cunéus), ramolli à sa surface, l'avant-coin étant intact ; dans la profondeur, la cavité du foyer aboutit en avant à la partie postérieure du ventricule latéral correspondant.

Sur la face externe corticale de la première circonvolution

occipitale qui est au-dessus de la partie postérieure du lobule pariétal inférieur, on voit une dépression jaune ocreux correspondant à un petit foyer de ramollissement. Au-dessus de celui-ci, le bord inférieur de cette première circonvolution est ramolli, sous forme d'une traînée jaune ocreux.

Ce ramollissement s'étend au sillon qui sépare cette circonvolution de la partie la plus postérieure du lobule pariétal inférieur, ou lobule du pli courbe. La seconde circonvolution de passage ou pariéto-occipitale est aussi superficiellement ramollie. Le lobule du pli courbe est normal. L'hémisphère gauche ne présente aucune lésion. Les pédoncules, le bulbe, la protubérance, le cervelet, ne présentent pas de lésions. — Le reste de l'autopsie n'offre pas d'intérêt au point de vue spécial sous lequel nous l'envisageons.

Ce malade a conservé toute son intelligence, il parle, soutient bien une conversation, comprend ce qu'on lui dit, et répond aux questions qu'on lui pose sur son état. Mais il est incapable de lire son écriture ou un imprimé ; il a donc perdu la mémoire visuelle des mots, mais d'une manière incomplète seulement ; car lui demande-t-on de rechercher les lettres *a* ou *s*, par exemple, dans les mots qu'il a sous les yeux en les prononçant devant lui, il les trouve aussitôt. La mémoire auditive aide alors les impressions optiques directes à réveiller les images de souvenir optique qui répondent à ces lettres ; celles-ci seraient impuissantes à les réveiller par elles-mêmes. Toutefois, s'il n'y avait pas persistance des images visuelles de ces lettres, la mémoire auditive ne pourrait pas les réveiller.

Ici on peut se demander à quel titre ces lettres sont reconnues ; il semble que ce soit en qualité de choses ou si l'on préfère de dessins, car chacune de ces lettres¹ ne constitue

1. Sous le nom de *Cécité littéraire*, le fait de ne plus reconnaître les lettres a été différencié de la cécité verbale, à laquelle elle mène. C'est là, semble-t-il, une distinction subtile et plus apparente que réelle.

pas un mot. Le malade reconnaît un *a* ou un *s*, comme il reconnaît un carré ou une tête grossièrement dessinée.

Notre malade a donc bien une amnésie visuelle des mots qui provoque l'aphasie quand il doit lire. Mais quand, de plus, on lui présente un objet en lui disant de le nommer, on constate qu'il en est incapable ; il ne sait donc pas le mot ; quand on lui demande l'usage d'un objet, il ne peut l'indiquer. Mais quand, plaçant devant lui plusieurs objets, on l'invite à en prendre un, en ayant soin de le nommer, il le trouve de suite, et quand, présentant au malade un objet, on en prononce le nom, il peut en indiquer l'usage ; rarement il se trompe. L'impression auditive peut encore, dans ce cas, réveiller l'image visuelle de la chose qui n'était donc pas complètement effacée.

On n'a peut-être pas assez remarqué que les aphasiques trouvent le plus souvent la signification d'une chose avant le mot qui la désigne, les qualificatifs avant de trouver le qualifié, les qualités spéciales avant de trouver le nom de la chose qui réunit toutes ces qualités. Ils perdent d'abord le substantif, c'est-à-dire le mot qui désigne une série de manières d'être, et réunit plusieurs conceptions différentes.

Cela n'étonne guère, quand on réfléchit à l'ordre selon lequel se fait l'acquisition des mots. L'enfant commence par apprendre l'usage des choses avant d'en apprendre le nom ; quand il commence à parler, à désigner les choses qui l'entourent, il se sert du vocabulaire spécial que ses parents mettent à sa disposition. Celui-ci est composé de mots familiers constitués par la répétition d'un adjectif monosyllabique qui désigne la qualité prédominante d'un objet (bonbon) ou d'un verbe qui indique son usage (joujou) ; les animaux sont désignés par leurs cris. Ce n'est que plus tard que l'enfant apprend peu à peu à employer les mots abstraits qui expriment beaucoup en peu, et dont les transformations cachent la significa-

tion primitive. Il est donc naturel de voir l'aphasique perdre d'abord ce que l'enfant a acquis en dernier lieu.

Nous croyons devoir placer ici l'observation suivante qui offre plusieurs points d'analogie frappante avec celle que nous venons d'analyser.

OBSERVATION N° V (M. MAGNAN)¹.

Hémiplégie droite. — Amnésie visuelle. — Aphasie.

Jean Cousin, âgé de 64 ans, journalier, entre à l'asile Sainte-Anne en décembre 1879. Sa mère, morte à 76 ans, éprouvait dans les derniers temps de sa vie de l'embarras de la parole; incapable de se diriger, elle se perdait dans les rues.

En 1873, le malade tombe en montant sur une voiture, l'occiput frappe sur le sol; il se relève, ne pouvant plus se conduire, on le ramène chez lui, où il reste en traitement pendant trois semaines. En 1876, attaque apoplectique laissant à sa suite une hémiplégie droite. En même temps, on commence à remarquer qu'il trouve difficilement le nom des objets, employant le mot « chose, crise », pour les désigner. La mémoire s'affaiblit. Palefrenier à cette époque, il oublie à quel cheval il avait donné de l'avoine, et perd son emploi. En juillet 1878, pris d'un étourdissement dans la rue, il tombe sur le trottoir, pas de paralysie consécutive. Deux mois après, nouvel étourdissement; la difficulté de s'expliquer s'accroît.

A son entrée à l'asile, le malade présente, avec un affaiblissement des facultés intellectuelles et de l'aphasie, une hémiplégie droite prononcée. Sensibilité cutanée et spéciale légèrement obtuses. Artères athéromateuses.

Invité à nommer certains objets, il n'y parvient pas, malgré tous les efforts qu'il fait, mais indique leur usage. On lui présente un porte-plume. « C'est une crise, c'est une chose d'hôtel, c'est

1. Extrait d'une observation de M. Magnan, citée dans la thèse de M^{lle} Skwortzoff. Obs. n° VIII, p. 48.

une tringle, non pas une tringle, ah ! mon Dieu, je ne puis pas le dire. »

Une table. « C'est une chose, ça sert pour une visite, une chose, comment l'appelle-t-on ? » Une clef : « c'est une..., chose, une... une clef. »

Une règle. « C'est une... Ah ! mon Dieu, c'est une serrure, ah ! non, c'est une clef, ah ! je ne puis pas... »

Une syllabe du mot qu'il cherche, prononcée devant lui, le lui rappelle, il peut répéter ainsi tout ce qu'il entend prononcer.

Le même mot, qu'il est incapable de trouver quand on présente l'objet de ce nom, lui vient facilement après, dans une phrase entière, ou quelquefois quand on lui présente un autre objet ; ainsi, il nomme l'encrier : « Machine pour écrire » et quelques minutes avant il prononça ce mot encrier, pour désigner le buvard.

Une fourchette. « C'est une chose. » — « Avec quoi mangez-vous la viande, avec les doigts ? » — « Ah ! non, avec la fourchette. » On lui montre de nouveau la fourchette. — « Ah ! mon Dieu, je ne sais pas. »

Quelquefois il forme des mots plus difficiles, ne trouvant pas le vrai nom. On lui donne un morceau de chocolat, il le met dans sa bouche. — « Où est votre chocolat ? » — « Dans ma... ah ! mon Dieu ! Dans ma mangeoire. » Assez rarement, il répète le même mot pour désigner divers objets.

Il dit ses nom et prénoms. Jean-Claude C... mais l'écrit : « Jean Clede Cousin. » Avant de l'écrire, il dit les lettres qui le composent et les épelle, mais est incapable de lire ce qu'il vient d'écrire, ni de distinguer aucune lettre du mot écrit par lui-même. On a beau lui aider à trouver ces lettres, il regarde attentivement la feuille où le mot est écrit, mais sans pouvoir le reconnaître. Cependant les premiers jours après son entrée, il pouvait lire parfois les mots comme « je ne puis », mais ensuite, il ne reconnaît même pas son nom.

Il écrit sous la dictée : « je sais écrire, je puis parler », et met beaucoup de temps à tracer ces mots. Il sait compter jusqu'à 100, mais écrit mal les chiffres, et est incapable d'en reconnaître un seul.

En février 1880, on lui donne à plusieurs reprises à toucher les lettres en relief, mais sans succès.

En mars 1880, étourdissement suivi d'une hémiplégie gauche. En avril, les deux côtés sont également faibles; la vue commence à baisser, il ne voit plus nettement les objets, mais reconnaît encore leur figuration, leur forme, leur volume, etc.

Il ne peut nommer aucun objet de ceux qui se trouvent dans la chambre, mais indique leur usage, prononce leur nom dans une phrase de conversation. Il trace avec beaucoup de peine son nom. En septembre, il ne peut plus écrire ses petits noms; en novembre, il distingue à peine les personnes et les objets qui sont devant lui. Le 22 novembre, survient un nouvel étourdissement qui est suivi d'une aggravation de l'état du malade.

Autopsie. — On trouva dans l'hémisphère gauche : un foyer de ramollissement occupant le lobe occipital et sphénoïdal et se terminant à la racine des lobules pariétaux supérieur et inférieur; un petit foyer de ramollissement au pied de la deuxième circonvolution frontale; tout le pédicule de la troisième circonvolution frontale est criblé de très petits foyers de ramollissement. Dans l'hémisphère droit, un petit foyer de ramollissement sur la face inférieure du lobe frontal; un autre point ramolli, au pied de la deuxième circonvolution frontale; une plaque jaune à la partie postérieure du lobule pariétal supérieur.

On peut rapprocher encore du malade qui fait le sujet de l'observation IV, un cas de Déjerine, cité par M^{lle} Skwortzoff sous la rubrique : *Cécité verbale incomplète*. C'est celui d'une malade atteinte pour nous, d'amnésie visuelle qui portait à la fois sur les mots et les choses. La malade ne pouvait plus lire, mais arrivait encore par moments à lire quelques mots au milieu d'une phrase, mais sans les comprendre; elle reconnaissait son propre nom. Chez elle, comme chez notre malade, l'amnésie visuelle des choses était intermittente, à certains jours elle ne pouvait plus indiquer ni le nom, ni l'usage d'objets usuels qu'elle nommait encore peu de jours auparavant.

OBSERVATION N° VI (M. DÉJERINE)¹.

Aphasie. — Amnésie visuelle.

M^{me} R..., âgée de 39 ans, entre à la Charité le 24 mai 1880. Père et mère très nerveux. La malade, de bonne santé habituelle, vive de caractère, s'emporte facilement ; elle a des céphalalgies assez fréquentes. Tentative de suicide il y a 12 ans, à la suite d'une discussion violente. En 1872, après des pertes d'argent, le caractère se modifie, devient triste, bizarre.

Le 12 mai 1880, la malade a avec sa sœur une discussion très vive ; elle se réveille le lendemain avec de la difficulté pour parler ; la langue est comme empâtée, paralysée, dit sa fille. Impatiente de ne pouvoir nommer les objets dont elle a besoin, elle veut les écrire, mais s'en trouve incapable ; elle trace sur le papier des traits incohérents, sans pouvoir former une seule lettre.

L'embarras de la parole s'accroît et trois jours après, elle ne peut désigner les objets que par gestes ; tout en paraissant comprendre les questions qu'on lui adresse, elle ne répond que par « oui » ou « non ».

A son entrée à l'hôpital, la malade peut prononcer des phrases entières, nomme quelques objets comme « cuvette, timbale », mais ne réussit pas à en nommer d'autres, comme « chaise, crayon » ; toutefois elle en indique l'usage.

Elle peut lire quelques mots, au milieu d'une phrase, comme « Pont-Neuf », mais sans les comprendre ; sur la pancarte de son lit, elle reconnaît son nom et le montre du doigt. Invitée à copier quelques mots, elle ne peut reproduire que la lettre *P*. Quelques instants après, elle reprend le crayon et écrit son nom et « je ne puis ».

Elle peut bien lire un nombre de trois chiffres, sans en comprendre toutefois la valeur, mais écrit, sous la dictée, un nombre de deux ou trois chiffres très correctement.

1. Extrait d'une observation due à M. Déjerine, citée dans la thèse de M^{lle} Skwartzoff, n° IX, p. 52.

Le 3 juin, la malade peut encore nommer certains objets, « canif, clef, bol, livre » dit bien son nom, peut l'écrire, mais ne sait pas le lire.

Elle ne parvient pas à distinguer au toucher les différents caractères en relief. Les jours suivants, l'aphasie, l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie qui existaient du côté droit s'accroissent de plus en plus. Abattement très prononcé, la malade reste la plupart du temps assoupie, il faut insister beaucoup pour attirer son attention.

Le 6 juin, elle repousse le livre qu'on lui présente, ne sait ni nommer une fourchette, ni indiquer son usage, répond par des signes de tête, ne reconnaît personne.

Le 10, la malade paraît beaucoup plus éveillée. A la visite du matin, elle demande à manger. On lui demande si elle aime les écrevisses, elle fait un signe affirmatif. Alors on lui montre une écrevisse vivante. Elle la reconnaît, sourit et témoigne du dégoût. Elle ne reconnaît pas le mot écrevisse qu'on écrit devant elle ; mais elle lit son nom de famille écrit à côté, et ne peut lire son petit nom mis au-dessous du mot. Le lendemain, elle retombe dans l'état comateux.

Le 2 juillet, la malade, plus éveillée, reconnaît les personnes qui la soignent.

A la question « comment allez-vous ? » elle répond : « Toujours de même. » Mais après avoir prononcé quelques mots, elle se fatigue facilement ; interpellée vivement, elle dit : « Mais j'entends bien. »

Elle ne sait plus nommer aucun objet, mais distingue leurs noms quand on les prononce devant elle ; elle essaye de lire à plusieurs reprises, mais n'y parvient pas ; fatiguée, découragée, elle repousse le livre.

Les jours suivants, l'état de la malade va en s'aggravant ; elle ne répond que par « oui » ou « non » à toutes les questions, qu'elle paraît du reste comprendre. Le 6, on constate des râles crépitants de congestion pulmonaire, à la base des deux poumons. La malade succombe le 10 juillet.

Autopsie. — Cerveau : à l'ouverture du crâne, on trouve :

Hémisphère gauche : Pic-nère très injectée sur les trois circonvolutions frontales, la pariétale ascendante et les orbitaires.

Pas d'adhérences au tissu cérébral. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi que les trois frontales ne présentent extérieurement aucune lésion apparente. On trouve à la partie antérieure de la scissure interpariétale un gonflement de la substance cérébrale, occupant la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur, ainsi que la partie postérieure de la première temporale.

Coupé pédiculo-pariétale : On trouve un commencement de lésion constituée par un néoplasme du volume d'une mandarine, mesurant 6 centimètres sur 6, de couleur rose, très vasculaire, avec deux points jaunes au centre. Ce néoplasme ne se limite pas nettement du tissu cérébral ambiant. Il est placé en dehors de la queue du noyau coudé, et pénètre dans le faisceau pariétal supérieur, dans le faisceau inférieur et dans le faisceau sphénoïdal.

Sur une coupe passant par le milieu de la scissure inter-pariétale, on voit la tumeur occuper toute la masse blanche. Elle est située dans son épaisseur, arrive jusqu'à la circonférence du lobule pariétal inférieur qu'elle affleure. Elle se trouve presque entièrement dans le lobule pariétal inférieur, et détruit complètement le faisceau sphénoïdal ainsi que le faisceau pariétal inférieur.

L'examen microscopique pratiqué par M. le Dr Déjerine démontre que cette tumeur était un sarcome névroglie.

Jusqu'à présent, nous avons rapporté, autant que possible, des cas types d'amnésie visuelle, pour nous permettre d'établir nettement cette variété d'aphasie. A la fin de cette étude, nous croyons devoir placer une observation intéressante par la multiplicité des symptômes et par l'association de l'amnésie visuelle avec d'autres troubles. Ce cas réalise ce qui arrive le plus souvent et est un exemple de cette coexistence qui survient si fréquemment et, dans l'étude des aphasies de réception, rend si difficile l'attribution des symptômes constatés à des causes déterminées. La variété et la complexité des symptômes observés prouvent bien la coexistence de plusieurs variétés d'aphasie, qui ont présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration. L'autopsie paraît être à la

fois une preuve à l'appui de la théorie des localisations, et un indice de la nécessité qu'il y a d'accorder une large part à l'influence du retentissement dynamique.

OBSERVATION N° VII (M. BERNHEIM).

Hémiplégie gauche. — Hémiparésie droite. — Aphasie.

Décot, Marie, couturière, âgée de 68 ans, est entrée pour la première fois à l'hôpital le 2 mars, pour en ressortir le 8 mars 1884.

A l'âge de 30 ans, elle aurait été très gravement malade. Depuis plus d'un an, la malade se plaint de faiblesse dans les jambes. Par moments, dit-elle, elle perd complètement la mémoire de choses qu'elle connaissait parfaitement auparavant. Elle raconte qu'elle allait dans telle chambre, pour un motif quelconque, et qu'arrivée elle ne se rappelait plus le motif pour lequel elle y était venue.

Elle entre à l'hôpital le 24 janvier 1885, après une attaque qu'elle avait eue dans la journée et une deuxième attaque épileptiforme, qui laissèrent une hémiplégie gauche avec une aphasie ; ces symptômes diminuèrent le lendemain, toutefois l'aphasie persiste en partie.

28 janvier. — La malade répond un peu aux questions sur sa santé, son appétit ; elle cherche en vain son nom, et le répète quand on le lui dit. Elle articule assez mal et cherche un peu les mots. Elle reconnaît un couteau, sa cuiller, une fourchette, un verre. On lui montre un crayon, elle dit que c'est un couteau, toutefois elle finit après bien des tâtonnements par reconnaître le crayon. On lui montre un porte-monnaie, elle dit que c'est un couteau. Un cahier est un porte-monnaie, des clefs sont un porte-monnaie.

Elle reconnaît les objets quand on les lui nomme. Intelligence assez nette. Au mois de février, elle reconnaît mieux les objets.

Le 15 juin, la malade a eu une convulsion épileptiforme, suivie d'une déviation considérable de la face, avec aggravation de l'hémiplégie gauche. Le surlendemain, la malade ne peut dire que

quelques mots : Oui, non, encore ; elle comprend bien les questions, mais ne peut répéter aucun mot. Elle reconnaît son nom, écrit, parvient à dire : « Je n'aime pas la viande. »

En décembre, quand on demande à la malade son nom, elle cherche en vain et dit : « Que je suis bête ! mon Dieu, que je suis bête !... , je ne puis pas dire, je dirais un nom qui n'est pas. » On lui demande si elle s'appelle Catherine, Babette, elle répond non, quand on lui dit : Marie, elle s'écrie : « Ah ! oui ». Mais quand on veut lui faire répéter Marie, elle ne trouve plus ce nom, et dit : « C'est la sainte Vierge », puis elle répète le mot quand on le lui dit. Elle ne se rappelle pas son autre nom Décot.

Elle ne se rappelle pas son âge, elle cherche : « Je ne me souviens pas, il y en a trop. » Quand on lui dit 20 ans, elle répond : « Je voudrais », et sourit ; 30 ans : « Encore plus », 40, 50, 60 ans : « Encore plus », 70 ans : « A peu près ». Quand on arrive à 68 ans, elle dit : « Oui. »

Invitée à compter de 1 à 10, elle dit : 1, 2, 3, ...6 puis s'arrête et dit : « Je ne puis pas. » Elle ne peut dire les jours de la semaine. Qu'est-ce qui vient après mardi ? Elle ne sait d'abord pas, puis finit, après quelques recherches, par trouver mercredi.

On veut la faire lire, elle prend le livre à l'envers, et ne sait de quel côté il faut le tenir. Elle reconnaît un couteau ; en voyant une clef, elle dit : « C'est pour ouvrir les armoires », mais ne trouve pas le nom.

15 mai 1886. — La malade a eu hier deux attaques épileptiformes. Hier elle parlait moins bien, elle avait surtout de la logoplégie.

10 juillet. — La malade a eu, de 4 à 7 heures du matin, des attaques épileptiformes ; actuellement elle est aphasique. Interrogée comment elle se trouve, elle répond : « Je ne puis pas, ô mon Dieu ! » Elle ne se rappelle pas son nom. Elle reconnaît une clef. Quand on lui donne un couteau, et qu'on lui dit de montrer ce que l'on fait avec, elle ne le sait pas, même quand on lui dit : c'est un couteau ; elle ne sait quel en est l'usage. Elle reconnaît un verre, et dit : « C'est pour boire. »

La malade a encore trois crises épileptiformes dans la nuit du 12 au 13 juillet. Le 30, la malade ne trouve son nom qu'après avoir cherché un certain temps. Quand on lui présente un cou-

teau, elle tâtonne pendant un certain temps, puis dit que « c'est pour couper de la viande ». Elle ne sait toujours pas lire et tient le livre de travers, elle ne sait pas former les lettres. La malade se rappelle bien où elle demeure, dit qu'elle trouverait l'endroit, qu'il y a des arbres et que le chemin de fer y passe, mais ne se rappelle pas le nom du quai où elle habite. Elle n'arrive pas à répéter le nombre 3,608 et ne peut pas dire quel jour on est ; elle ne se rappelle pas le mot dimanche et ne peut le dire.

L'état général de la malade continuant à être relativement bon on la place dans la salle des convalescentes.

20 septembre 1887. — Depuis un an l'état de la malade est demeuré stationnaire. L'aphasie persiste. La malade, quand on lui montre un couteau, le reconnaît et peut en indiquer l'usage, mais ne peut en dire le nom. Quand, au contraire, on lui demande ce que c'est qu'un couteau, et à quoi il sert, sans lui montrer l'objet, ce mot couteau n'éveille en elle aucune idée.

25 septembre. — La malade, tombée dans un coma profond, a succombé le matin après plusieurs crises épileptiformes survenues pendant la nuit, à la suite desquelles l'intelligence s'était complètement perdue.

Résultats de l'autopsie faite par M. le professeur agr. Schmitt.

Épanchement sous-arachnoïdien assez considérable (près de 100 grammes de liquide).

Sinus fortement injectés, ainsi que les vaisseaux de la pie-mère. Les artères de la base sont fortement athéromateuses, restent béantes, en particulier le tronc basilaire et les vaisseaux qui en émanent.

La décortication du cerveau est facile. A sa surface, on constate une dépression présentant 6 centimètres d'avant en arrière, 3 centimètres transversalement, et 1 centimètre de profondeur, correspondant à la première circonvolution temporale gauche, qui est presque entièrement détruite. Il ne reste que la lame marginale de la scissure de Sylvius et une languette de la partie postérieure. Quelques lambeaux jaunes, d'aspect gélatiniforme, partent du fond de cette dépression et constituent les restes de la circonvolution détruite.

A la partie antérieure et inférieure du lobe frontal droit, le tissu est ramolli, déprimé, la substance grise a presque complètement disparu par places. A la partie antéro-inférieure de la première circonvolution frontale gauche se voit aussi une perte de substance du volume d'un pois (2^{mm} de profondeur, environ), comprenant toute l'épaisseur de la substance grise à ce niveau.

Dans le lobe frontal droit, les circonvolutions intéressées sont la première et la deuxième. A la face supérieure du cerveau l'hémisphère gauche est intact. A l'hémisphère droit existe un ramollissement superficiel, occupant la partie antérieure de la deuxième circonvolution frontale, sur une étendue de 2 centimètres transversalement, et 1^e,5 d'avant en arrière. Un autre point de ramollissement superficiel se trouve sur la circonvolution marginale postérieure et occupe la partie de cette circonvolution qui touche à la scissure de Sylvius ; le ramollissement a également une étendue de 1^e,5 dans toutes ses dimensions, mais n'intéresse que la couche superficielle de la substance grise.

A la coupe et à gauche on trouve, immédiatement derrière la quatrième portion de la circonvolution de l'insula, un petit foyer hémorragique ayant environ un demi-centimètre de longueur et un centimètre de largeur, jaune, ocreux, commençant sur une coupe pratiquée à un centimètre de la surface, et s'étendant en profondeur sur deux coupes faites à un demi-centimètre l'une de l'autre.

Absolument rien dans les noyaux, ni dans les capsules interne et externe, de deux côtés. Des coupes, pratiquées de demi en demi-centimètre, ne révèlent aucune lésion. Rien à la protubérance annulaire, ni au bulbe.

Cervelet : Dans le lobe droit, vers la partie postérieure, existe un foyer de ramollissement du volume d'un gros pois, et siégeant à la partie postérieure de l'arbre de vie, dont il occupe surtout la substance blanché. Le lobe gauche est intact.

Résumé : Athérome artériel généralisé.

Lésions corticales : Ramollissement (destruction presque complète) de la première circonvolution temporale gauche ; petit foyer à la partie antéro-inférieure de la première circonvolution frontale gauche. Petits foyers à la partie antéro-inférieure du lobe frontal droit (correspondant aux deux premières circonvol-

lutions frontales) à la plus grande partie du gyrus rectus et du lobule orbitaire. Foyer sur la partie antérieure de la deuxième circonvolution frontale droite et sur la circonvolution pariétale ascendante.

Lésions centrales : Petit foyer ocreux dans la substance blanche au delà de l'insula gauche. Petit foyer dans la partie postérieure de l'arbre de vie du cervelet à droite.

Dans ce cas, les symptômes bien accusés d'amnésie auditive des mots (surdité verbale des auteurs) ont contribué pour une large part à la production de l'aphasie. L'amnésie verbale n'étant plus reconnue il faut admettre que l'amnésie auditive des mots seule a mis cette malade dans l'impossibilité de se rappeler son nom, son âge, les jours de la semaine ; c'est encore elle qui plus tard expliquera comment le mot couteau n'évoque plus en elle aucune idée quand elle ne voit pas cet objet. La malade entend le mot comme elle entendrait le bruit d'une cloche, mais elle a perdu la mémoire de la signification de ce mot, comme elle aurait perdu la mémoire de la signification du bruit d'une cloche. Rappelons qu'il faut à l'enfant une éducation sensorielle aussi complète pour lui apprendre la signification du mot, que du bruit entendu.

Cette amnésie auditive si bien constatée pendant la vie, l'autopsie l'a confirmée en révélant une destruction presque complète de la première circonvolution temporale gauche. Ces lésions anatomiques expliquent l'amnésie auditive, première cause d'aphasie; il n'en est pas de même pour l'amnésie visuelle.

A plusieurs reprises, en effet, notamment à la suite des attaques épileptiformes, la malade ne reconnaît plus certains objets, est aphasique, quand elle doit en indiquer le nom et l'usage : un crayon est un couteau, un cahier est un porte-monnaie ; d'autres fois elle ne peut nommer un couteau, pas

plus qu'elle ne peut montrer à quoi il sert. A quoi attribuer cette aphasie, sinon à une perte de la mémoire de la signification de ces objets, à l'amnésie visuelle. Dans ce cas, l'amnésie auditive existant par moments avec l'amnésie visuelle, la mémoire acoustique ne peut réveiller la mémoire visuelle, comme elle le fait dans nos observations III et V.

Chez cette malade, en l'absence de toute lésion des lobes occipitaux, l'intermittence de l'amnésie visuelle et son exagération après les attaques épileptiformes ne pourrait-elle pas être attribuée à l'influence à distance, soit du ramollissement de la première circonvolution frontale, soit du petit foyer situé à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante ? C'est encore en tenant compte de cette influence à distance que l'on pourrait attribuer au petit foyer de ramollissement constaté à la partie antéro-inférieure de la première circonvolution frontale gauche, une part dans la production de certains symptômes d'aphasie motrice observés chez la malade. En effet on constate plusieurs fois chez elle quelque gêne pour répéter son nom qu'elle ne prononçait qu'après bien des tâtonnements. L'articulation en fut plusieurs fois difficile, la malade n'arrivait à le prononcer qu'après beaucoup d'efforts.

Anatomie pathologique. — Nous avons réuni, sous le nom d'Amnésie visuelle des choses et des mots, la cécité psychique et la cécité verbale, en nous appuyant sur leur symptomatologie et leurs relations psychologiques. L'anatomie pathologique justifie-t-elle cette manière de voir ou confirme-t-elle au contraire la théorie des auteurs, qui admettent des centres corticaux différents et bien délimités pour la mémoire des mots et celle des choses ?

Munck a localisé dans une région limitée, vers l'extrémité de l'écorce du lobe occipital, le centre de la mémoire visuelle, celui qui retient les images commémoratives des impressions

visuelles. Expérimentant sur les animaux, il a constaté que cette région limitée, correspondant à la mémoire visuelle, serait le centre de la sphère visuelle qui occuperait tout le lobe occipital. Munck pense que la lésion de la seule écorce du pli courbe ne trouble pas la vision, elle ne le fera que si elle est profonde, parce qu'elle intéresse alors le gros faisceau qui, des couches optiques, se rend au lobe occipital. D'après Ferrier, Luciani, Tamburini, le centre de la vue comprendrait, outre la plus grande partie de la convexité du lobe occipital, encore tout le pli courbe, c'est-à-dire la partie postérieure du lobule pariétal inférieur. Opérant sur des chats, Crouigneau¹ n'a obtenu par la destruction du pli courbe qu'une diminution notable dans l'acuité visuelle; après la destruction de toute l'écorce du lobe occipital il a observé une cécité de l'œil opposé. Les données expérimentales semblent donc concorder avec celles de l'anatomie pathologique chez l'homme pour établir la relation entre la lésion du lobe occipital et les troubles de la vue.

Centre de la mémoire visuelle des mots. — Faut-il placer dans la même région le centre pathogénique de l'amnésie visuelle ?

Pour ce qui est de l'amnésie visuelle des mots, les faits connus jusqu'ici tendraient à localiser son siège dans la partie postérieure du lobule pariétal inférieur gauche.

Bernard² rapporte 10 observations plus ou moins nettes de cécité verbale; 2 seulement sont suivies d'autopsie, mais dans aucune d'elles les lésions constatées ne portaient sur le lobule pariétal inférieur. Il pense néanmoins que les lésions cérébrales, dont dépend la cécité verbale, occupent dans l'hé-

1. V. Crouigneau, *loco cit.*, p. 47.

2. Bernard, *loco cit.*

misphère gauche la partie postérieure du lobule pariétal inférieur; pour l'affirmer, il s'appuie sur les résultats de 8 autopsies empruntées aux auteurs, tout en reconnaissant qu'elles ne portent pas sur des cas simples.

Dans les 7 cas de cécité verbale relatés par Crouigneau¹, 3 seulement sont accompagnés d'autopsie et, parmi eux, un seul, celui de Déjerine² nous paraît à l'abri de toute critique. Après avoir, en effet, constaté pendant la vie les symptômes de la cécité verbale, on trouva à l'autopsie une tumeur (sarcome névroglie) du volume d'une mandarine, située dans le lobule pariétal inférieur gauche. La circonvolution de Broca, les frontales et la pariétale ascendante étaient indemnes. Les 2 autres cas qui appartiennent à Chauffard³ et à d'Heilly et Chantemesse⁴ nous semblent laisser à désirer. Ces observations s'accordent bien sur un point : dans les deux, la lésion prédomine sur le lobule pariétal inférieur, avec participation du lobule du pli courbe. Mais, dans les deux cas aussi, ce n'est pas seulement la cécité verbale des auteurs, mais surtout celle des choses que l'on a observée et, par suite, l'amnésie visuelle telle que nous la comprenons. On ne peut plus dès lors citer ces cas comme des types de cécité verbale expliquée par des lésions des lobes pariétaux inférieurs. Cela est si vrai que, dans la thèse de Crouigneau, le cas dû à Chauffard est perdu parmi des observations données comme types de cécité psychique. Une observation due à Magnan⁵ et placée par Crouigneau parmi les cas de cécité ver-

1. Crouigneau, *loco cit.*

2. Observ. de Déjerine citée in Thèse Skwartzoff, n° IX, p. 52.

3. Chauffard, *Revue de médecine*, 1881, t. I, p. 393. Obs. citée in Thèse Crouigneau, n° V, p. 62.

4. D'Heilly et Chantemesse. Note sur un cas de cécité et surdité verbales, *Progress médical*, n° 2, 1883, p. 23. Obs. citée in Th. Crouigneau, n° V, p. 124.

5. Magnan. Observation communiquée à la Société de biologie rapportée par M^{lle} Skwartzoff, *loco cit.* et citée par Crouigneau, *loc. cit.* Obs. n° II, p. 120.

bale, présentait à la fois des symptômes de cécité verbale et de cécité des choses ; l'autopsie révéla des lésions des lobes occipitaux et pariétaux, ce qui diminue de beaucoup sa valeur.

A. Rosenthal a publié un cas de surdité et cécité verbales où l'autopsie montra qu'outre une destruction du tiers postérieur de la 1^{re}, et de la portion adjacente de la 2^e circonvolution temporo-sphénoïdale, la lésion s'étendait au point de jonction de cette circonvolution avec le pli courbe et le lobule pariétal inférieur. Ce cas intéressant est à rapprocher comme importance de celui de Déjerine.

Les faits probants sont, on le voit, trop peu nombreux encore et les résultats anatomiques trop peu précis pour permettre de déterminer avec rigueur le siège de la mémoire visuelle des mots. On trouve, en effet, des cas où, pendant la vie, la cécité des mots était évidente, sans que l'autopsie en ait révélé les lésions soi-disant caractéristiques. Ainsi dans notre observation n° IV (de laquelle on peut rapprocher plusieurs cas relatés par Bernard), dans laquelle la cécité verbale était bien manifeste, l'autopsie n'a pas démontré de lésions dans le lobule pariétal inférieur, mais bien dans le lobe occipital qui, il est vrai, lui est contigu.

Le centre de la mémoire visuelle des mots est-il localisé au lobule du pli courbe (lobule pariétal inférieur, Voir *Anatomie*, comme les cas cités plus haut le prouveraient, ou s'étend-il à une partie du lobe occipital ; ou la lésion de ce dernier peut-elle retentir dynamiquement par ictus, ou irradiation de voisinage sur le lobule du pli courbe, seul centre de la mémoire visuelle ?

Retentissement dynamique. — Cette dernière hypothèse, d'après M. Bernheim, pourrait expliquer pourquoi, dans bon nombre de cas, l'amnésie visuelle disparaît par moments

en grande partie, pour se reproduire avec plus d'intensité à la suite d'attaques épileptiformes dues à l'extension de l'irritation dynamique aux régions voisines de la lésion. Les faits bien démontrés de troubles fonctionnels dynamiques par lésions de voisinage imposent une grande réserve dans la solution de ces questions.

M. Bernheim a vu une lésion limitée à la couche optique retentir dynamiquement, sans l'intéresser matériellement, sur la capsule blanche interne et déterminer de l'hémiplégie avec hémianesthésie passagère.

On a vu souvent des aphasies motrices dues à des lésions siégeant dans le voisinage de la circonvolution de Broca, sans l'affecter directement; ou, des lésions situées près de la zone corticale motrice déterminer des paralysies passagères alors que cette zone est indemne. De même l'exagération des réflexes tendineux se montre souvent dès les premiers jours qui suivent une attaque d'apoplexie, alors que le faisceau pyramidal n'est pas détruit encore, et même qu'il n'est pas destiné à dégénérer; la capsule blanche interne est intacte et n'a subi qu'une irritation fonctionnelle, dynamique, par ictus de voisinage. Le symptôme exagération des réflexes tendineux n'acquiert de valeur pronostique que par sa durée et sa persistance. Nous n'avons cité ces exemples que pour faire ressortir cette donnée importante de la séméiologie des maladies du système nerveux: le trouble fonctionnel peut dépasser la zone de la lésion organique; il peut arriver que les symptômes provoqués par l'action à distance soient aussi et même plus apparents que ceux qui sont produits par la lésion organique.

On voit donc qu'en l'état actuel de nos connaissances il est peut-être prématuré d'admettre qu'il y ait pour la mémoire visuelle des mots un centre spécial situé dans le lobule pariétal inférieur, à moins toutefois d'invoquer le retentisse-

ment dynamique dans tous les cas où existe l'amnésie visuelle des mots sans lésions apparentes de ce lobule.

Si l'on renonce à faire intervenir le retentissement dynamique, il faudrait admettre que le centre de la mémoire visuelle des mots puisse se trouver d'une façon indéterminée tantôt sur les lobes occipitaux, tantôt sur le lobule pariétal inférieur, ou plutôt que, dépourvu de toute individualité, le centre de la mémoire visuelle des mots se confonde toujours avec celui des choses, formant ainsi la mémoire visuelle générale dont le siège occuperait à la fois ces deux lobes.

Établir que ce centre siège dans le lobule pariétal inférieur gauche et reconnaître d'autre part qu'il y a des cas d'amnésie visuelle des mots sans lésion de ce lobule serait peu rationnel.

Centre de la mémoire visuelle des choses. — Existe-t-il pour la mémoire visuelle des choses un centre spécial, comme on en a admis un pour celle des mots? Les opinions sur ce point se sont rapidement modifiées. Récemment encore, bien des auteurs refusaient de reconnaître à la surface des lobes corticaux des centres bien limités pour les différents sens et se demandaient s'il n'était pas plus prudent d'admettre une seule zone sensitive, celle-ci bien délimitée.

C'était du moins l'opinion exprimée par Ballet¹; depuis, il est vrai, il a adopté et défendu la théorie des localisations corticales. Dreyfus-Brisac², partageant la première opinion de Ballet, a même semblé aller plus loin; pour lui la théorie des centres sensoriels et la conception de réservoirs d'images commémoratives des objets est fort contestable. Il considère l'amnésie comme faisant partie intégrante du syndrome aphasie et les soi-disantes surdité et cécité verbales ne seraient

1. V. Ballet, *Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau*. Th. de Paris, 1881.

2. Dreyfus-Brisac, *loc. cit.*, p. 477.

que le résultat d'un affaiblissement intellectuel très prononcé. Beaucoup d'auteurs sont encore du même avis ; nous observerons toutefois que dans les cas fréquents où il n'existe que de l'affaiblissement de telle ou telle mémoire partielle, on ne pourrait guère l'attribuer à une faiblesse générale du cerveau, car toutes les autres impressions sensorielles sont très bien perçues par les malades.

Depuis 1881 les manières de voir ont changé et il semble que nous tombions, de nos jours, dans l'excès contraire, celui des localisations à outrance, prématurées, nous le craignons. Wilbrand, par exemple, va jusqu'à admettre autant de centres distincts pour les différentes qualités sensorielles qui peuvent être isolément lésées : sens de l'espace, sens des couleurs, etc. Mais il y a loin entre le fait de constater une amnésie partielle pour telle ou telle de ces impressions visuelles et la possibilité de la rapporter à la lésion limitée d'une circonvolution corticale. Il y a là un écart qu'il semble impossible de combler.

Sans s'avancer autant que Wilbrand, Crouigneau, nous l'avons vu, admet un centre spécial pour la mémoire des mots et un autre pour celle des choses. Étudions rapidement ses conclusions, car son travail a le double mérite de renfermer la plupart des observations citées par ses prédécesseurs Broadbent, Fürstner, Stinger, Déjerine, Skwortzoff, etc., et de résumer leurs opinions sur la question.

Crouigneau rapporte 15 cas qualifiés par lui de cécité psychique ; mais, nous l'avons vu, parmi les 7 cas de cécité psychique pure, 3 présentaient à la fois des symptômes très nets de cécité des mots ; 10 cas seulement ont été suivis d'autopsie, 3 d'entre elles portent sur des cas de cécité psychique, 4 sur des cas de cécité corticale et 3 sur des cas de cécité psychique unie à la cécité corticale.

Cas de cécité psychique : dans un 1^{er} cas dû à Rheinhardt

et cité par Nothnagel, malgré des symptômes nets de cécité psychique, on ne trouve pas de lésions dans les lobes occipitaux, mais seulement dans l'écorce des lobes pariétaux.

Dans un 2^e cas, dû à Stinger, où existaient la cécité psychique et des troubles de la parole, l'autopsie révéla des altérations du lobe frontal gauche et une simple dilatation des ventricules latéraux aux dépens de la substance blanche des lobes occipitaux.

Enfin le 3^e cas dû à Chauffard présentait des symptômes de cécité psychique ; on nota, à l'autopsie, des lésions du lobule pariétal inférieur et du pli courbe. Cette observation semble contradictoire, car c'est en ces points qu'on avait cru constater des centres corticaux qui tiennent sous leur dépendance la cécité verbale ; le centre de la vision des objets, cécité psychique ou cécité corticale, devant se trouver dans les lobes occipitaux. Quant aux deux premières observations, elles sont sinon contradictoires, au moins négatives, les lobes occipitaux n'étant point altérés.

Dans les 4 cas de cécité corticale l'autopsie a démontré dans deux cas des lésions des lobes occipitaux seuls, dans deux autres cas, à la fois des lésions des lobes occipitaux et du lobule pariétal inférieur. Sans entrer dans une analyse détaillée de ces cas, constatons que, parmi les lésions notées, aucune ne se retrouve d'une manière constante quant à son siège, dans plusieurs observations. On comprend que Goltz s'appuie sur des faits de ce genre pour combattre l'idée de toute localisation.

Malgré cette contradiction fréquente entre les symptômes observés et les lésions trouvées à l'autopsie, Crouigneau n'en conclut pas moins en disant que, chaque fois qu'un malade présente de la cécité psychique, on sera en droit d'admettre une lésion de l'écorce des lobes occipitaux.

Mentionnons encore l'opinion de Nothnagel, pour lequel

ce n'est pas toute la surface du lobe occipital qui préside à la fonction de la vue, mais seulement le cuneus et la première circonvolution occipitale; il pense que la surface du lobe occipital en dehors de cette région représente la région des souvenirs optiques (*optisches Erinnerungsfeld*). D'ailleurs, dit-il, on ne se rappelle pas assez la variabilité anatomique du lobe occipital, de laquelle peut dépendre une certaine variabilité dans la localisation.

On le voit, ici encore, en admettant qu'on doive rechercher des origines anatomo-pathologiques différentes pour l'amnésie visuelle des choses comme pour celle des mots, on est en présence d'un petit nombre d'observations et d'autopsies souvent imparfaitement recueillies, de cas où plusieurs groupes de symptômes ont coexisté pendant la vie, et il est ainsi difficile de se prononcer. Admettre un centre spécial pour la mémoire des mots, dont les images visuelles seraient conservées dans le lobule pariétal inférieur et le pli courbe, établir d'autre part un centre spécial pour la mémoire visuelle des choses, dont les images visuelles seraient conservées dans les lobes occipitaux, serait s'exposer à être contredit par des séries de faits. Pour être aussi affirmatif il faudrait pouvoir citer des cas d'amnésie visuelle des mots et de celle-ci seule, dont les symptômes bien nets auraient été constatés pendant la vie et concorderaient à l'autopsie avec des lésions isolées du lobule pariétal inférieur; il faudrait pouvoir montrer, d'autre part, des nécropsies où des lésions isolées des lobes occipitaux confirmeraient la personnalité de l'amnésie visuelle des choses constatée pendant la vie. Or, ce desideratum, au point de vue anatomo-pathologique, n'a pas encore été rempli. Nous croyons aussi avoir suffisamment démontré que l'amnésie visuelle des choses et celle des mots, bien loin de devoir être différenciées, ne paraissent constituer qu'un seul et même trouble, comme l'admet M. Bernheim; dès lors,

pourquoi aux deux formes d'un même trouble, l'amnésie visuelle, vouloir attribuer des origines différentes ?

Faut-il, en attendant le résultat d'observations nouvelles, poser en principe la localisation de différentes mémoires visuelles, et faire intervenir les effets du retentissement dynamique à distance, toutes les fois (et cela se produira souvent) que les symptômes observés ne seront pas en parfaite concordance avec les lésions corticales qui, d'après les auteurs, doivent leur donner naissance ? Ou bien, est-il préférable, en se basant jusqu'à nouvel ordre sur les données de l'observation, d'admettre que le centre de la mémoire visuelle ne peut être dissocié, qu'il est un centre unique, sans localisations bien précises et répandu d'une façon variable sur toute l'étendue des lobes occipitaux et pariétal inférieur, embrassant ainsi toute la surface corticale attribuée aux différents centres partiels, ce qui revient exactement au même ? Ici encore, les effets du retentissement dynamique serviraient à expliquer des observations où la multiplicité des symptômes n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions.

Dans cette dernière hypothèse la variété d'aphasie de réception, que l'on était convenu d'appeler jusqu'ici aphasie par cécité verbale, verrait en même temps que ses symptômes qui seront ceux de l'amnésie visuelle en général, s'étendre aussi le cadre de ses causes qui seront des lésions des lobes occipitaux et pariétaux, sans spécialisation de régions particulières.

CÉCITÉ PSYCHIQUE.

En exposant les raisons multiples qui nous font préférer le terme d'amnésie visuelle à ceux de cécité psychique et de cécité verbale, nous disions qu'il convient de réserver ce terme de cécité psychique à la variété spéciale de cécité qui est d'origine réellement psychique.

Bien qu'elle ne rentre pas strictement dans notre sujet, et que la question ait déjà été traitée par notre maître, M. le professeur Bernheim¹, avec l'autorité qui lui appartient, nous croyons devoir en dire quelques mots pour montrer combien ce terme répond bien au trouble psychologique qu'il désigne.

Nous réserverons, avec M. Bernheim, le nom de cécité psychique à l'état des sujets qui ne voient pas, bien que tous les organes, y compris le centre cortical visuel, fonctionnent normalement. Ces sujets voient sans s'en douter, leur centre psychique seul ne voit pas. C'est l'état qui existe chez les hystériques, ou chez ceux qui ont des amauroses suggestives. Il peut se présenter de différentes façons : chez des femmes hystériques, chez lesquelles survient par exemple une hémianesthésie sensorielle gauche complète. Ces sujets sont alors frappés de cécité et de surdité gauche ; ils ne voient ni n'entendent de ce côté. Ferme-t-on l'œil droit avec lequel ils voyaient encore, ils ne voient plus rien, ils sont psychique-

1. V. Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 1886. — *De l'Amaurose hystérique et de l'Amaurose suggestive* in *Revue médicale de l'Est*, 1886, n° 19, p. 585.

ment aveugles. Leur œil gauche, bien qu'ouvert, est atteint d'amaurose plus ou moins complète. Neutralisant, par une intervention de l'âme, l'image de l'objet perçue par son œil, le sujet paraît réellement aveugle. C'est une cécité auto-suggestive résultant d'une suggestion négative.

Chacun connaît les propriétés du prisme qui, placé devant l'un de nos yeux, dévie l'image qu'il fournit, de sorte qu'au lieu d'une image nous en constatons deux par la vision binoculaire. Cette propriété du prisme met en évidence ces phénomènes de suggestion négative. Un sujet, par exemple, ne voit plus de l'œil gauche ; l'œil droit étant fermé, il ne reconnaît plus un objet, il paraît ainsi aveugle confirmé. Plaçant alors le prisme devant l'œil droit, avec lequel seul le sujet prétend voir, on constate qu'il voit deux images, ce qui prouve bien que l'œil gauche, frappé de cécité psychique, voit aussi. Mettant à profit la propriété qu'ont les couleurs verte et rouge de donner du noir par leur combinaison, on s'est servi avec succès de l'appareil du D^r Stœber, modification de celui de Snellen, pour déterminer la nature de cette cécité psychique ; les résultats ont été identiques et ont toujours démontré que les malades voyaient à leur insu par l'œil qu'ils s'imaginaient être atteint de cécité.

Comme les autres phénomènes d'ordre psychique, l'achromatopsie des hystériques, par exemple, cette cécité est plus fréquente qu'on ne le croit. Nous avons vu plus d'une fois M. Bernheim la mettre en évidence chez des malades de sa clinique, chez lesquels on n'eut pas songé à la rechercher. Notre observation n° VIII, a trait à une malade atteinte d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de cécité psychique, que révéla l'épreuve du prisme. Elle en fut du reste guérie par suggestions hypnotiques ; après la première, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui était complète pour le côté gauche disparut, sauf pour l'œil et l'oreille, pour lesquels la sugges-

tion n'avait pas été faite. Il fallut alors une série de suggestions spéciales pour la vue et l'ouïe, qui amenèrent bientôt un rétablissement complet. Ce traitement par étapes successives paraît démontrer l'origine exclusivement psychique de ces phénomènes.

OBSERVATION N° VIII (M. BERNHEIM).

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. — Cécité psychique.

Schmitt Élisabeth, cartonnrière, âgée de 19 ans, est hystérique ; elle est sujette à des crises très fréquentes qui survenaient tous les quinze jours ; dans les derniers temps, avant son entrée à l'hôpital, ces crises sont presque quotidiennes.

La malade entre à la clinique de M. le professeur Bernheim le 17 mai 1887, avec une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète gauche.

18 mai. — M. Bernheim lui fait une suggestion hypnotique qui a pour résultat : la disparition complète de l'anesthésie sauf pour l'œil et l'oreille, pour lesquels la suggestion n'avait pas été faite. On constate alors très nettement que l'amblyopie gauche était d'origine psychique : elle était presque complète, cependant la malade parvenait à reconnaître les couleurs. Un doigt placé devant son œil gauche, le droit étant obturé, était reconnu comme une ombre. Un crayon n'était pas reconnu. En faisant regarder à la malade ce même crayon à travers un prisme placé devant l'œil droit la malade voyait très distinctement deux crayons, l'un aussi net que l'autre, sans savoir qu'il devait y avoir dédoublement. En fermant ensuite l'œil gauche elle continuait à voir distinctement le crayon.

19 mai. — La malade se plaint d'une vive douleur au synciput et à la base du sternum.

La sensibilité rétablie par une première suggestion, le 18 mai, a persisté depuis. L'œil voit les couleurs mais ne reconnaît pas les objets. L'olfaction et le goût, restaurés par une suggestion antérieure, se maintiennent. L'audition n'est pas encore revenue,

mais une suggestion hypnotique étant pratiquée, séance tenante, au moment de l'examen, l'audition revient en partie.

20 mai. — La malade a ses règles ; depuis 18 mois environ elle est réglée tous les 15 jours. Elle n'a pas eu de crise la veille. Il lui est fait une admonestation et une suggestion. Le mal de tête syncipital et sus-orbitaire est continu depuis 10 jours, les douleurs à la base du sternum persistent, mais le ventre n'est plus douloureux. La sensibilité existe, mais la malade ne voit absolument rien de l'œil gauche ; elle n'entend qu'à 4 ou 5 centimètres le tic-tac d'une montre. Elle ne voit même plus les couleurs.

21 mai. — Après suggestion, la vue est restaurée. Dans la nuit du 22 au 23 mai la malade a une crise assez forte. Le lendemain matin elle est plus calme, la sensibilité persiste ainsi que l'audition ; enfin la vision restaurée le 21 persiste également. La céphalalgie a disparu.

Les jours suivants il est encore procédé à quelques suggestions nécessitées par la persistance seule de quelques douleurs ; quant à tous les symptômes d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, ils ont complètement disparu et ne se reproduisent plus. — La malade guérie quitte l'hôpital.

S'il est des cas, comme celui que nous venons de citer, où il existe une cécité psychique auto-suggestive, il en est d'autres qui, pour avoir été provoqués par une volonté étrangère au sujet, n'en paraissent pas moins rentrer dans cet ordre de faits. Parmi les nombreux cas d'hallucinations négatives observés par M. Bernheim, beaucoup semblent dépendre de la cécité psychique. Comme le dit notre maître, en faisant voir par suggestion hypnotique, ou à l'état de veille à un sujet hypnotisable, une chose ou une personne qui n'est pas devant ses yeux, on crée une image évoquée par son cerveau, on fait naître une hallucination visuelle, une illusion sensitivo-sensorielle.

Si chez le même sujet et par le même procédé, on a rendu invisible une personne ou une chose qui est devant ses yeux, on n'a pas produit une paralysie de l'œil, car le sujet voit

tous les objets à l'exclusion de celui qui lui a été suggéré comme devant être invisible pour lui ; mais le sujet a effacé dans son cerveau une image sensorielle, il a neutralisé la perception de cette image, c'est là une hallucination négative.

Ce terme qui paraît bien justifié dans ces cas, ne s'applique-t-il pas à certains cas de cécité psychique, dans lesquels l'âme, et l'âme seule, paraît produire une cécité momentanée en supprimant les perceptions sensorielles ? La cécité psychique ainsi comprise n'existe pas seulement dans les hallucinations négatives, mais dans toutes les hallucinations ; car en même temps que certaines perceptions sensorielles sont créées, d'autres sont effacées par le même acte psychique.

AMNÉSIE PSYCHIQUE

De toutes les variétés d'aphasie, l'aphasie par amnésie psychique est la plus fréquente. Nous la définirons avec M. Bernheim : un trouble plus ou moins profond du mécanisme psychique, qui normalement aboutit à l'évocation des images sensorielles ; c'est la transmission entre la volonté et le centre des images sensorielles qui est lésée. Le terme psychique nous paraît ici bien à sa place, et si nous nous refusions plus haut à l'employer avec les auteurs, pour désigner la cécité ou l'amnésie visuelle des choses, c'est à dessein que nous le plaçons ici à côté du terme amnésie, convaincu qu'il caractérise bien ce trouble intellectuel qu'il nous reste à considérer comme pouvant produire l'aphasie.

Ce trouble, à vrai dire, n'est pas une perte de la mémoire, mais plutôt une sorte de faille entre celle-ci et la volonté du sujet qui s'adresse à elle. Il y a comme un malentendu entre la volonté, point initial, et la mémoire à laquelle la volonté fait appel. Les images sensorielles que donne la mémoire ne sont en réalité pas perdues ; si elles le paraissent, c'est parce que le mécanisme pour les retrouver ne fonctionne plus régulièrement. Ce mécanisme psychique étant troublé, la volonté, malgré toute son énergie, n'arrive plus à l'évocation des images sensorielles.

Dans tous les cas d'aphasie par amnésie psychique, en effet, la volonté existe ; on le reconnaît aux efforts que l'on voit faire au sujet, qui veut se rappeler, répète sans cesse quand

c'est un mot qu'il cherche « je le connais, je le sais, je l'ai sur la langue » ; il le connaît bien ce mot, il en a le souvenir auditif, visuel, il a même le souvenir inconscient des mouvements nécessaires pour le prononcer (en disant : « j'ai le mot sur la langue », il ne se doute pas qu'il est si littéralement dans le vrai), et pourtant le sujet ne trouve pas le mot. Il a la volonté de le trouver, on le voit par la ténacité qu'il y met et l'impatience presque anxieuse que lui cause l'inutilité de ses efforts.

D'autre part, les centres des images sensorielles persistent eux aussi, et en particulier le centre des images visuelles. Le sujet s'en rend compte et quand il s'adresse à un moyen mnémotechnique quelconque, c'est qu'il a conscience de la persistance des images de souvenir optique ou auditif que sa volonté veut et peut parfois réveiller. La preuve que ces images sensorielles existent, c'est qu'il suffit d'un mot, souvent d'une impression extérieure, d'ordre sensoriel même tout à fait différent, pour les réveiller avec toute leur vivacité. Leur empreinte n'est donc pas effacée dans le cerveau, mais la volonté n'est pas parvenue à les évoquer ; elle n'a pas pu trouver le chemin du dépôt où se trouvent accumulées et classées toutes les images de souvenir.

En résumé, l'âme joue dans l'évocation des images sensorielles le même rôle que les impressions extérieures ; les centres des images sensorielles étant intacts, ce sont tantôt les impressions extérieures qui les viennent réveiller, tantôt c'est la volonté par un mécanisme psychique spécial, dont le trouble constitue l'amnésie psychique. L'amnésie visuelle, au contraire, est la perte des centres des images sensorielles elles-mêmes et contre cette perte ni la volonté, ni les impressions extérieures ne peuvent rien.

Telle étant la nature de l'amnésie psychique, on comprend aisément qu'elle ait pour premier résultat de provoquer

l'aphasie, voire même une variété d'aphasie très fréquente. Si chacun est relativement peu exposé à être atteint d'aphasie par amnésie visuelle, tous nous sommes sujets à être affectés d'aphasie par amnésie psychique à un moment donné, notamment à la suite d'émotions morales, de fatigues excessives, de maladies, sans qu'on puisse attribuer à ces causes une influence directe sur les centres d'images sensorielles.

Sans même citer comme preuve à l'appui cette aphasie par amnésie psychique, dont la fréquence et les progrès augmentent avec l'âge, ne constatons-nous pas très souvent les signes de ce trouble d'une façon légère et transitoire, ou d'une manière plus fréquente et par cela même parfois pénible. Il ne se passe guère de jours où, au milieu d'un entretien, nous ne soyons arrêtés, cherchant un mot qui nous échappe. Les images sensorielles dont il est la résultante existent en nous, plus ou moins bien développées il est vrai, mais elles existent et nous n'arrivons pas au mot que nous sommes forcés de remplacer par une périphrase. Le mécanisme psychique qui devrait aboutir à son évocation est en défaut.

Si on pouvait prouver que ce mécanisme psychique ne parviendra plus à évoquer le mot, on donnerait raison à ceux qui pensent que, dans ce cas, l'image visuelle ou auditive de ce mot est effacée et qu'il faudra pour la raviver une excitation extérieure ou une nouvelle image du même ordre sensoriel. Mais non, quelques instants après, la volonté avec les mêmes éléments cherche à évoquer l'image sensorielle, le mécanisme fonctionne et l'image est retrouvée. Comment expliquer cette défaillance passagère, alors que l'instrument représenté par la mémoire et le moteur représenté par la volonté sont intacts, sinon en admettant que le moteur ne s'est pas adapté à l'instrument d'une façon convenable. N'est-ce pas là un trouble d'ordre purement intellectuel, psychique.

Il paraîtra peut-être étrange de nous voir poser en principe cette intervention d'un élément spirituel, supérieur, en présence des tendances actuelles de certaines écoles qui cherchent à ramener nos sentiments eux-mêmes à un fonctionnement de cellules, à des répétitions d'impressions sensorielles, pour restreindre et, si possible, pour annuler la part considérable que laissaient les écoles anciennes à l'élément spirituel, intangible.

Nous reconnaissons que c'est paraître rétrograder et que, pour bien des esprits, laisser encore une part à l'élément psychique c'est avouer implicitement qu'on ignore quels sont les phénomènes psychologiques qui s'accomplissent, qu'on est incapable de les dissocier d'une manière satisfaisante. Cela peut être vrai ; mais quand on songe au chemin parcouru dans la voie de l'analyse psychologique depuis le temps où l'on considérait la mémoire comme une unité, une force intellectuelle, jusqu'à nos jours où on ne la considère plus que comme la réunion d'un ensemble d'impressions d'ordre varié qui, en venant s'imprimer sur le cerveau, en modifient les cellules, on reconnaît que si les progrès sont considérables, par le fait, on n'a pu que reculer les barrières du domaine matériel, sans les faire tomber. S'il est possible d'expliquer une amnésie visuelle provoquée par des lésions cérébrales constatables et manifestes, il devient impossible d'expliquer l'amnésie qui se produit, alors que la volonté et les centres des images sensorielles sont intacts, sans admettre l'existence d'une force supérieure qui échappe encore à nos recherches.

CONCLUSIONS.

L'étude de l'aphasie, telle qu'elle est actuellement comprise, permet de reconnaître parmi les causes d'aphasie de transmission : la perte de la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation des mots, c'est l'aphasie dite motrice ; et la perte de la mémoire des mouvements nécessaires à l'écriture, c'est l'agraphie motrice.

Parmi les aphasies de réception il paraît logique d'admettre :

1° La variété d'aphasie causée par la destruction de la mémoire de la signification des images visuelles : amnésie visuelle.

Cette amnésie visuelle comprend les troubles que les auteurs désignent sous les noms de cécité des mots et de cécité des choses ou cécité psychique ;

2° La variété d'aphasie due à la perte de la mémoire concernant la signification des images auditives : amnésie auditive.

Cette amnésie auditive comprend ce que les auteurs désignent sous les noms de surdité des mots et de surdité des choses ou surdité psychique ;

3° Il n'est pas prouvé qu'il existe un centre spécial pour la mémoire visuelle des mots, et un autre pour la mémoire visuelle des choses ;

4° Le retentissement dynamique joue, dans la production des aphasies, un rôle plus important qu'on ne l'a admis jusqu'ici ;

5° L'aphasie déterminée par l'affaiblissement ou la perte de la faculté qui a pour but l'évocation des images sensorielles mérite d'être appelée : aphasie par amnésie psychique ;

6° Il convient de désigner sous le nom de cécité psychique la cécité due à l'imagination ; la perception corticale existe, mais l'image est détruite par une véritable illusion de l'esprit.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Nancy, le 15 novembre 1887.

VU, le 14 novembre 1887.

Le Recteur,
M. MOURIN.

Le Président de Thèse,
BERNHEIM.

DÉFINITIONS. — SYNONYMES.

Aphasie. — Perte plus ou moins complète de la faculté d'exprimer sa pensée, par suite d'une lésion organique ou d'un trouble fonctionnel siégeant dans un hémisphère cérébral. (*Aphémie, Alalie, Aphrasie.*)

Aphasies de transmission. — Nom donné aux variétés d'aphasie dans lesquelles le langage intérieur phonétique ou graphique existe, mais sa projection au dehors fait défaut.

Aphasies de réception. — Nom donné aux variétés d'aphasie dues à une altération dans la formation du langage intérieur, les organes de transmission continuant à fonctionner.

Aphasie motrice. — Aphasie due à une lésion du centre cérébral qui préside à la coordination des mouvements nécessaires à l'articulation de la parole. (*Aphasie motrice*, type Bouillaud-Broca; *Aphémie*, Broca; *Aphasie ataxique*, Kussmaul; *Aphasie*, Littré; *Aphasie simple*, Trousseau; *Logoplégie*, Magnan, Déjerine; *Paralysie verbale*, Tamburini; etc.)

Agraphie motrice. — Impossibilité d'exprimer la pensée par l'écriture; due à une lésion du centre cérébral qui préside à la coordination des mouvements nécessaires à l'écriture. (*Agraphie*; *Graphoplégie* Judée; *Achirographie*, Bouillaud; etc.)

Amimie. — Perte de la faculté d'exprimer la pensée par des signes (*langage naturel*).

Apraxie. — Perte de l'intelligence de l'usage des choses (Kussmaul).

Monophasie. — État des aphasiques qui n'ont plus qu'un seul mot à leur disposition.

Paraphasie. — État d'une personne qui ne sachant pas se servir des mots dont elle dispose, met un mot à la place d'un autre.

Écholalie. — État d'un sujet qui ne peut répéter une phrase, que quand on vient de la prononcer devant lui.

Aphasies sensorielles. — Nom général donné aux variétés d'aphasie causées par lésions des centres de mémoires qui localisent les impressions fournies par les sens.

Cécité corticale. — Cécité par lésion de la partie de l'écorce cérébrale où aboutit la terminaison du nerf optique; perte de la perception des objets. (*Rindenblindheit*, Kussmaul.)

Cécité verbale (des auteurs). — État des malades qui ont perdu le souvenir des signes du langage écrit. (*Cécité des mots*; *Asyllabie*, Bertholle; *Amblyopie aphasique*, Galezowsky; *Alexie*, Kussmaul; *Cécité psychique*, Chauffard; *Wortblindheit*.)

Cécité psychique (des auteurs). — Perte des images commémoratives des objets, avec conservation de la vue. (*Cécité des choses*; *Seelenblindheit*.)

Amnésie visuelle. — Perte de toutes les images com-

mémoratives de souvenir visuel, quelle que soit leur nature (M. Bernheim).

Surdité verbale. — État des malades qui ont perdu le souvenir de la signification des sons du langage parlé. (*Surdité des mots ; Worttaubheit.*)

Surdité psychique (des auteurs). — Perte des images commémoratives de souvenir auditif des choses. (*Surdité des choses ; Seelentaubheit.*)

Amnésie verbale. — Ancien terme employé pour désigner la perte de la mémoire des mots considérés dans leur ensemble.

Aphasie amnésique. — Aphasie due à la perte de la mémoire (terme ancien).

Image visuelle. — Groupement et conservation d'une série d'impressions visuelles identiques.

Image auditive. — Groupement et conservation d'une série d'impressions auditives identiques.

Visuel ou Auditif. — Nom donné aux personnes qui s'adressent de préférence au souvenir des images visuelles ou des images auditives.

Moteur. — On nomme ainsi un sujet qui, en pensant, s'adresse aux images motrices d'articulation ou d'écriture.

Vision mentale. — Évocation visuelle de choses que l'on n'a point actuellement devant les yeux.

Mémoire organique. — Ensemble des faits dont le corps garde la mémoire, mais avec absence de conception (Ribot).

Mémoire consciente. — Faculté de conserver certains états dont on a eu conscience (Ribot).

Amnésie psychique. — Trouble plus ou moins profond du mécanisme psychique qui aboutit normalement à l'évocation des images sensorielles (M. Bernheim).

Cécité psychique. — État spécial des sujets qui ne voient pas, bien que tous les organes, y compris le centre cortical visuel, fonctionnent normalement chez eux. Neutralisation de l'image par l'esprit (M. Bernheim).

BIBLIOGRAPHIE

- KUSSMAUL. — *Die Störungen der Sprache*, 1877. Traduction française par A. Rueff : *Les Troubles de la parole*. Paris, 1884.
- DREYFUS-BRISAC. — *De la Surdité et de la C c t  verbales*. (*Gazette hebdomadaire*, n  30, 1881.)
- DUFOUR. — *De l'Aphasie liée à la lésion du lobule de l'insula de Reil*. (Thèse de Nancy, 1881.)
- GRASSET. — *Maladies du système nerveux*. Montpellier, 1881.
- RIBOT. — *Maladies de la mémoire*. Paris, 1881.
- SKWORTZOFF. — *De la C c t  et de la Surdité des mots dans l'aphasie*. (Thèse de Paris, 1881.)
- CHARCOT¹. — *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*, recueillies et publiées par Bourneville, 1876. — *De la C c t  verbale*. (*Progrès médical*, nés 23, 24 et 29, 1883.) — *Archives de neurologie*, tome XI. Paris, 1886.
- MAGNAN. — *Semaine médicale*, n  19, 1883.
- CROUGNEAU. — * tude clinique et expérimentale sur la vision mentale*. Thèse de Paris, 1884.
- DÉJERINE. — *De l'Aphasie et de ses formes*. (*Semaine médicale*, nés 44 et 47, 1884.)
- HALLOPEAU. — *Traiti  de pathologie générale*. Paris, 1884.
- BERNARD. — *De l'Aphasie et de ses diverses formes*. (Thèse d'agrégation.) Paris, 1885.
- BERNHEIM. — *Contribution à l'étude de l'aphasie*. (*Revue de médecine*, 1885.) — *De la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris, 1886.
- A. DE ROCHAS. — *L'Audition colorée*. In *La Nature*, nés 620, 626 et 658, 1885.

STRUMPEL. — *Traité de pathologie interne*, 1885. Traduction française par Schramme.

BALLET. — *Le Langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*. (Thèse d'agrégation.) Paris, 1886.

MEYER. — *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1887.

NOTHNAGEL. — Communication au congrès de médecine interne de Wiesbaden, in *Semaine médicale*, n° 16, 1887.

RICHEL. — *Essai de psychologie générale*. Paris, 1887.

ROSS. — *On aphasia*. 1887.

WILBRAND. — *Die Seelenblindheit als Herderscheinung*. Wiesbaden, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	5
<i>Historique</i>	10
<i>Chapitre I^{er}. — De la formation des idées, du langage, de la mémoire et de ses types</i>	16
<i>Chapitre II — De l'aphasie en général. — Ses variétés. — Aphasies de transmission et de réception. — Aphasie motrice. — Agraphie motrice. — Surdité verbale</i>	24
<i>Chapitre III. — Rapports de l'aphasie et des cécités. — �l�ments de la vision. — Cécité corticale. — Amnésie visuelle</i>	33
<i>Chapitre IV. — De l'amnésie visuelle en général. — Amnésie visuelle des mots et des choses. — Ses variétés. — Observations. — Discussion</i>	47
<i>Cécité psychique</i>	94
<i>Amnésie psychique</i>	99
<i>Conclusions</i>	103

NANCY. — IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}.
